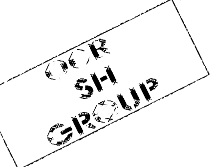
Р. М. Войтенко

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ С ОСНОВАМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТОЛОГИИ

Руководство для врачей и психологов



Санкт-Петербург
2002

Войтенко Р. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. — 256 с.

ISBN 5-86581-076-6

В книге обобщены данные литературы и результаты собственных исследований автора по вопросам клиники, диагностики, реабилитации и медико-социальной экспертизы при психических заболеваниях.

Руководство предназначено для психиатров лечебно-профилактических учреждений и бюро медико-социальной экспертизы, врачей общей практики, медицинских психологов, врачей-психофизиологов, реабилитологов, слушателей академий последипломного образования и факультетов усовершенствования врачей, студентов медицинских вузов.

Научный редактор
А. М. Войтенко

Рецензент
доктор медицинских наук профессор Б. Д. Лысков

ISBN 5-86581-076-6

СОДЕРЖАНИЕ

Отцу, профессору М. Ф. Войтенко,
посвящается...

Об авторе

Войтенко Роман Матвеевич, видный специалист в области медико-социальной экспертизы и реабилитации, профессор, заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии Санкт-Петербургского института врачей-экспертов Свыше 30 лет занимается проблемами социальной психиатрии, реабилитации и врачебно-психиатрической экспертизы. Многие годы является консультантом психодиагностического Центра ГУВД и ГУИН Министерства Юстиции по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Профессор американо-израильского института социальных и общинных работников.

Автор более 70 научных работ, в том числе ряда монографий по социальной экспертизе и врачебно-психиатрической экспертизе.

Заслуженный врач Российской Федерации, академик Балтийской педагогической академии, обладатель диплома Кембриджского Биографического общества «Человек успеха-95».

Приглашался в ряд зарубежных стран, в том числе США и Израиль, для чтения лекций и проведения семинаров

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

«Время разбрасывать камни и
время собирать камни»

Екклезиаст

Закончилось второе тысячелетие. Заканчивается жизненный и профессиональный путь автора. Более 40 лет в психиатрии, более 30 лет в науке и преподавании в высшей школе; 30 лет руководства курсом, а затем кафедрой в Институте усовершенствования врачей-экспертов. Много это или мало? Не знаю. Смотря для чего.

Психиатрия — достаточно узко направленная сфера врачебной деятельности. Это свой особый мир, в котором за эти годы многих знаешь ты и многие — тебя. Но это по-своему и аутистичный мир, со своей экзистенцией, особыми отношениями, людьми, с которыми сталкиваешься по-разному в разные временные отрезки жизни. Мир психиатрии закрыт, люди живут в нем и уходят, порой оставляя память о себе только среди больных, которым помогли, и коллег. Поэтому хочется сказать добрые и теплые слова тем, кто еще с нами, и помянуть ушедших сотрудников и учителей.

Так случилось, что в конце 1959 г. началось мое знакомство с психиатрией — санитар 10-го отделения 2-й психиатрической больницы г. Ленинграда, отделение «беспокойных хроников». И первым моим учителем был фельдшер В. М. Быков, с его особо внимательным, добрым и душерасполагающим отношением к больным.

С 1960 г. (в период учебы в 1-м ЛМИ) — медбрат только что организованной 5ПБ г. Ленинграда — «острые алкогольные психозы» и снова беспокойные больные на 7-м отделении. Главный врач Л. Н. Теляковский научил внимательно и по-доброму работать с коллегами. С 1962 г. — семь лет в Специальной психиатрической больнице МВД РСФСР — ординатор, зав. отделением. Вхождение в судебную психиатрию, где довелось учиться у такого организатора, как П. В. Блинов, расти вместе с моими друзьями и коллегами Л. А. Петровым, Л. Н. Земсковым, Т. А. Колычковой, Ю. П. Горшковым и многими другими...

Ушли из жизни и памяти многие. Но люди живут, пока их помнят, и российские психиатры не должны быть «Иванами, не помнящими родства». Мои учителя — И. Ф. Случевский (судебная психиатрия), Н. Н. Тимофеев (военная и судебная психиатрия), И. Е. Кашкаров, на клинических разборах которого бывал с 4-го курса, С. И. Коган — «все мы вышли из когановской шинели» — все они остались в моей памяти.

А жизнь, как калейдоскоп, вязала свои узоры. Казахстан, Целиноград, он же Акмолинск и Астана. Конец 60—70-х годов. Целиноградский медицинский институт. Вместе с А. С. Удовиченко мы «с нуля» организовывали кафедру психиатрии. Новые лица, имена, но снова решетки на окнах, больные, лекции, разборы, экспертиза... И теперь уже ты в роли учителя. Это были сложные времена, времена глухого застоя и подспудных надежд. А мои студенты: русские, украинцы, дети немцев-колонистов, высланных чеченцев и ингушей, казахи — хотели разобраться и понять, что значит «болеть душой», как помочь, как сделать так, чтобы пациенты вернулись в жизнь...

И снова Ленинград. И все возвращается на круги своя... Организуется институт, курс, кафедра. И еще один учитель — П. А. Маккавейский. И все сначала... Тридцать лет существует кафедра, тридцать лет ее базой является та же 5ПБ г. Ленинграда — Санкт-Петербурга. Изменилось название, но снова больные, консультации, лекции... Однако рядом не все, ушли многие психиатры, с кем начинали, кого знал со студенческих времен. Нет с нами моих

прекрасных коллег — Е. С. Сергушенковой, М. Г. Лиленко, А. П. Клевцова, Э. Е. Златина, Е. Ф. Смирновой... Пусть память о них сохранится в российской психиатрии.

Но хватит о грустном. Жизнь нельзя остановить. Как в окне поезда, проходят города и веси России — Псков, Смоленск, Уфа, Екатеринбург, Камчатка, Владивосток, Оренбург, Иркутск, Самара, а еще Прибалтика, Закавказье... И снова лекции, разборы, больные, консультации, и снова мои коллеги-психиатры. Такие разные и такие одинаковые в верности делу, которому служат... Все мы одна семья... И святое следование принципу — «Уча — обучаюсь». Все они вложили свой вклад, имеют свою «долю» в руководстве, и я им искренне благодарен. Я благодарен моим сотрудникам — К. Л. Абрамовой, С. М. Милютину, А. С. Бровину, В. Г. Саковской, Н. Г. Травниковой, Н. П. Чистяковой, С. В. Кондурову, В. Н. Сенкевичу, Д. В. Лобановой за активное обсуждение разделов руководства, умение применить его положения «в деле», критические замечания и советы, просто за помощь и доброжелательность.

Значительный вклад в уточнение ряда положений и подходов внесли психиатры амбулаторной практики, с которыми кафедра сотрудничает многие годы, — ПНД Невского р-на (гл. врач Л. С. Федонюк), Адмиралтейского р-на (В. А. Тадтаев); Центр психологической диагностики ГУВД г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области (нач. А. С. Барыгин).

Именно из обсуждений с практиками и опыта лекционных курсов родилась лапидарная, порой жесткая конструкция ряда глав. Действительно, век Интернета и современных информационных технологий требует иной формы изложения материала — краткости, организованности разделов, четкого определения понятий. Сегодня, пожалуй, важнее не столько больше знать, сколько **лучше** знать, поскольку поток информации беспределен.

В современной психиатрии, на мой взгляд, возникла настоятельная необходимость четкого определения понятий, формирования плотной системы клинико-логических доказательств в диагностике, врачебной экспертизе и реабилитологии.

Актуальность социальной ориентации психиатрии XXI века косвенно подтверждается и тем, что это направление отражено в недавно опубликованной работе коллектива авторов ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского под ред. Т. Б. Дмитриевой.

Надеюсь, что настоящее руководство найдет своего читателя и окажется полезным широкому кругу специалистов — психиатрам амбулаторной практики, экспертам и медицинским психологам. Убежден, что знание немногих принципов делает ненужным знание многих фактов.

И наконец, последнее. Вероятно, в настоящем руководстве, как и во всем, что выходит из рук человеческих, имеются неточности, недоработки, недостатки. Поэтому прошу читателя вспомнить известную фразу, которой переписчики древнерусских рукописей заканчивали работу: «А ще грубостью, бо небрежением писано, не кляните, або писал не ангел божий, а человек грешный, и зело исполненный неведения». Я сделал, что мог, пусть следующий, кто может, сделает лучше.

РАЗДЕЛ I

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Глава 1

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

В настоящее время, на рубеже тысячелетий, представляется крайне важным «остановиться и оглянуться», подвести некоторые итоги в такой специфической форме врачебной деятельности, как психиатрия, которая «из всех медицинских дисциплин ближе всего ставит нас к вопросам философии» (С. С. Корсаков)

Не вызывает особых сомнений представление о том, что с конца XIX века европейская медицина в целом и психиатрия в частности развивались как «ургентная» форма медицинской деятельности. Человечество решало особо значимую в тот период проблему острых, опасных для жизни индивида патологических состояний, прежде всего особо социально значимых инфекционных болезней (холера, чума, дизентерия и т. п.). В психиатрии с начала XX века также изучались преимущественно клиника, патогенез и возможности терапии острых психотических состояний.

В таком русле формировались и мировоззренческие, концептуальные представления психиатров. Практически ставился знак равенства между болезнью и патологическим процессом, изучались особенности острых психотических синдромов, шел активный поиск лечения ургентных состояний (инсулино-шоковая терапия, электросудорожная терапия и т. п.). Бурное развитие психофармакологии с

середины XX века также создавало впечатление, что еще один новый препарат, еще один нейролептик — и проблема лечения психических болезней будет решена окончательно.

Однако реалии второй половины XX века в медицине в целом и психиатрии в частности показали, что радужные надежды на «всемирное здоровье человечества» по существу являются химерой.

К концу XX века сформировалась иная социально-гигиеническая шкала важности болезней. Как известно, по социальной значимости на первое место вышла сосудистая патология, на второе — онкологические заболевания, на третье — травмы и их последствия.

К сожалению, действительность такова, что нервно-психические расстройства по социальной значимости занимают «почетное» четвертое место.

Подобное изменение структуры болезней и соответствующей инвалидности приводит к необходимости всю медицинскую деятельность по обслуживанию населения *организационно-методологически* разделить на три достаточно четко отграниченных раздела: **научно-техническую медицину** (нуждаемость больных в таком виде помощи — около 5 %); **ургентную медицину** (нуждаемость — 25—30 %) и **социальную** (65—70 % больных).

Современная психиатрия в этом плане также может быть разделена на две большие части — **ургентную и социальную психиатрию**.

Как известно, основной задачей ургентной психиатрии является купирование острых психотических состояний, т. е. госпитализация больных в соответствии с показаниями, определенными в законе о психиатрической помощи. Ургентная психиатрия требует особой организации деятельности и является достаточно финансовоемкой (обслуживание стационара, зарплата персонала, закупка медикаментов и т. п.). Исходя из цели (купирование острых состояний), в ургентной психиатрии формируется диагноз; болезнь и патологический процесс по существу синонимы; больной не субъект, а объект врачебной деятельности; социальные и психологические аспекты болезни малозначимы; особой необходимости в оценке реабилитационного потенциала больного и формировании развернутой индивидуальной программы реабилитации нет.

Периодически в услугах ургентной психиатрии нуждается около 25 % психически больных.

Следовательно, основное число больных с нервно-психическими нарушениями обслуживается в рамках **социальной психиатрии**. Однако, несмотря на резкое расширение расстройств непсихотического регистра, дезадаптирующих больных, современный патоморфоз заболеваний, «блеск и нищету» психофармакологии, подходы к обучению врачей-психиатров, к организации их деятельности, взаимодействию с больным, к диагностике, роли и месту врача, к самому понятию «болезнь—здоровье» в значительной мере продолжают оставаться прежними. В этом сказывается принцип инерционности в мышлении, методологии, и в самой организации врачебно-психиатрической работы.

Поэтому представляется достаточно значимым определить само понятие «социальная психиатрия», ее предмет, цели и задачи, основные направления деятельности и методологию.

С этих позиций **предметом социальной психиатрии** является индивид, живущий в ситуации «болезнь» многие годы.

Жизнь в ситуации «болезнь» предполагает наличие различной степени *медико-биологической, социальной и психологической недостаточности*, т. е. малую вероятность так называемого «практического» выздоровления. Вместе с тем следует подчеркнуть, что человек продолжает выполнять все основные аспекты своей деятельности — социальные, психологические, биологические, испытывая при этом различные степени и формы социальной недостаточности, био-социо-психологическую дезадаптацию.

Жизнь в ситуации «болезнь» ведет к необходимости постоянного или периодического сотрудничества с социальным психиатром для решения различных клинических (в основном на синдромальном уровне), социальных и психологических проблем.

В социальной психиатрии, в отличие от ургентной, пациент является **активным субъектом деятельности** (активным действующим началом), которая направлена на сохранение (расширение) различных форм адаптации в социуме. Поскольку социальный психиатр и пациент понимают необходимость и неизбежность жизни в ситуации

«болезнь», основной формой организации совместной деятельности является система «врач—больной», основанная на принципах партнерства и оптимального психологического контакта.

Таким образом, основной задачей социального психиатра является сохранение или расширение сферы жизнедеятельности больного в *типовых жизненных ситуациях — «образование», «самообслуживание», «работа», «передвижение», «семья», «секс», «хобби» и т. д.*

С этих принципиальных концептуальных позиций в социальной медицине в целом и в социальной психиатрии в частности возникает необходимость по-иному определить ряд основополагающих понятий, таких как «болезнь», «дефект», «диагноз», «реабилитационный потенциал», «индивидуальная программа реабилитации» и ряд других составляющих, важных для сохранения или повышения качества жизни больного.

С учетом отмеченного, **болезнь есть расстройство социо-био-психологического гомеостаза индивида, вследствие патологического процесса, с типовой сменой синдромов, их совокупностью, специфической типологией и синдромокинезом, ведущее к ограничению жизнедеятельности индивида.**

В социальной психиатрии крайне важно понимать, что жизнедеятельность больного ограничивает не столько нозология заболевания, сколько основные и сопутствующие синдромы, их стойкость и степень выраженности, комбинаторика симптоматики, темп и тип развертывания болезненного процесса, наличие неблагоприятных осложняющих, патопластических и сопутствующих факторов. Понятно, что нет болезни без патологического процесса. Однако, что нередко выявляется при современных методах параклинического обследования (ЭЭГ, КТ, МРТ и др.), может быть патологический процесс (арахноидит, эпилептический очаг и т. п.) без болезни, т. е. без симптоматики, ограничивающей жизнедеятельность.

Под **дефектом** в социальной психиатрии понимается не столько «изъян», «дефект» чего-либо, а значительно более сложный **стойкий симптомокомплекс, включающий остаточные симптомы продуктивной симптоматики, если таковые имеются, дефицитарные**

расстройства и компенсаторные личностные механизмы. Более подробно эти положения будут рассмотрены в соответствующих разделах руководства, представлены в ряде схем и таблиц.

Вышеизложенные методологические позиции требуют и иного представления о формировании диагноза.

Поскольку любой диагноз всегда несет конкретную информацию, на основе которой разворачивается дальнейшая врачебная деятельность, контрпродуктивно обсуждать эту проблему абстрактно, вне зависимости от четкой конкретной цели диагностики.

С этих позиций могут быть выделены «ургентный» диагноз, «статистический» диагноз (международная классификация болезней), топический диагноз и т. д. Поскольку в социальной психиатрии имеется две основные составляющие — сохранение или расширение сферы жизнедеятельности больного (реабилитация) и экспертная деятельность (все виды врачебно-психиатрической экспертизы — военная, судебная, медико-социальная), выделяются *два варианта формирования диагноза* — **клинико-реабилитационный диагноз** и **клинико-экспертный**. Иногда такие диагнозы объединяются воедино в **клинико-экспертно-реабилитационный диагноз**. Основой такого диагноза является его развернутость и функциональная ориентация. При его формулировке указываются основные дезадаптирующие синдромы, ограничивающие жизнедеятельность; их стойкость и степень выраженности; нозология заболевания; тип и темп течения, а также наличие осложняющей составляющей и неблагоприятного патопластического фона (если таковой имеется).

В социальной психиатрии методология постановки развернутого функционального клинико-экспертно-реабилитационного диагноза разработана недостаточно, что также является одной из актуальных проблем социальной психиатрии. Более подробно принципы построения развернутого диагноза излагаются в соответствующих главах настоящего Руководства.

Устойчивый рост количества психических заболеваний и обусловленной ими инвалидности, особенно в последние десятилетия, подтверждает социальную значимость данной патологии. Сегодня во многих западных странах около 10 % населения пользуется услугами

психиатров и психотерапевтов. По данным ВОЗ, каждые десять лет число зарегистрированных больных с нервно-психическими нарушениями возрастает на 8—10 %. Чем обусловлен такой рост заболеваемости? Обычно выделяется ряд составляющих:

а) увеличение продолжительности жизни — следовательно, больше «шансов» заболеть;

б) улучшение диагностики и расширение объема психиатрической помощи, что приводит к росту выявляемости психических нарушений в мире.

Однако этими причинами рост заболеваемости не исчерпывается. Одной из важных причин роста числа психически больных является ухудшение генофонда. Феномен прослеживается во всем мире, однако в России в XX веке из-за особых социальных катаклизмов он прослеживается особенно отчетливо. Первая и вторая мировые войны, гражданская война, коллективизация, сталинские репрессии, эмиграция привели к тому, что в значительной мере был утрачен высокий интеллектуально-генетический потенциал населения, ослаблен устойчивый эмоционально-волевой генотип. Традиционно среди причин инвалидности по психическим заболеваниям ведущее место занимает шизофрения, однако в сельской местности уже давно устойчиво держит первенство олигофрения.

К причинам увеличения числа психически больных следует отнести также и так называемую «ломку угрожаемых личностных структур». Резкое повышение темпа жизни, особенно во второй половине XX века, рост количества мощных фрустрирующих и стрессовых ситуаций, алкоголизма и наркомании, ограниченность свободы выбора в повседневной деятельности привели к тому, что лица, имеющие ограниченные компенсаторные возможности, стали давать гораздо больше «срывов» в виде нервно-психических расстройств. Вместе с тем следует отметить, что из всей популяции психически больных «большие психозы» составляют лишь 19—20 %, тогда как 80 % больных ограничены в своей жизнедеятельности и социально недостаточны в рамках непсихотического регистра симптоматики.

Подобная структуризация психопатологической симптоматики по существу является базисной предпосылкой для концептуального, методологического и организационного развития социальной психиатрии.

Другой актуальной проблемой современной психиатрии, как уже отмечалось выше, является «блеск и нищета» психофармакологии. Не вызывает сомнения, что мы живем в эру психотропных препаратов. Нейролептики и антидепрессанты резко изменили всю атмосферу психиатрических стационаров, поведения в них больных, расширили возможности купирования ургентных психотических состояний и т. д. Лихорадочные поиски новых психофармакологических препаратов, попытки решить проблему через «биохимию психозов» кардинального успеха не принесли, «время надежд и стремлений» кончилось. Более того, возникла ситуация «вращающихся дверей» — состояние быстро купируется, но так же быстро возникает следующее обострение.

К концу XX века стало ясно, что принципиально терапию психических заболеваний психофармакология не решает — «таблеточная терапия» мало даст для окончательного решения проблемы лечения «больших психозов» (Г. Я. Авруцкий).

Постепенно, особенно в социальной психиатрии, произошло значительное возрастание интереса к системе «личность—болезнь» и к проблеме личности, как центральному объекту реабилитации, оценке реабилитационного потенциала индивида, имеющего болезнь или дефект, к организации комплексной интегративной реабилитационной схемы, позволяющей сохранить или повысить качество жизни больного.

В социальной психиатрии повышению интереса к проблеме «личность и болезнь» способствовал также и феномен современного патоморфоза психических заболеваний — дрейф симптоматики в сторону стертых вялотекущих, медленно прогредиентных клинических картин.

Несмотря на то, что причины патоморфоза современных психических расстройств недостаточно ясны (основные его составляющие представлены в отдельной схеме), он является клинической реальностью. При таком темпе течения заболевания происходит

адаптация индивида к болезни, имеется время и возможность для больного приспособиться к новым условиям существования в социуме, сформировать на новом уровне социально-психологическое взаимодействие с малыми социальными группами, в которых действует и существует больной. Представление о том, что психическое заболевание разрушает, подавляет личность, оказалось крайне упрощенным Между личностью и болезнью возникают гораздо более сложные взаимодействия, прямые и обратные связи, формируются различные компенсаторные механизмы и структуры. Эти представления нашли свое отражение в современных представлениях о дефекте, как сложном, стойком симптомокомплексе. Интерес к проблеме «личность—болезнь» обусловлен также резким сужением показаний к госпитализации и расширением прав душевнобольных Поэтому в социальной психиатрии возникла необходимость более углубленного изучения основ психологии и, прежде всего, персонологии (учение о личности), появилась необходимость по-иному осмыслить *понятие реабилитационного потенциала индивида*.

Таким образом, рост числа больных с нервно-психическими нарушениями в целом, и особенно в рамках непсихотического регистра симптоматики, определенное разочарование в лекарственной терапии, патоморфоз современных психических заболеваний и осмысление этих реалий заставляют иначе расставить акценты и направленность деятельности психиатра, позволяют организационно и методологически выделить весьма обширную и крайне социально значимую отрасль психиатрической деятельности — **социальную психиатрию.**

Для социальной психиатрии характерны *два основных направления*:

— расширение или сохранение сферы жизнедеятельности больного при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий (реабилитационная направленность);

— оценка социальных возможностей индивида или необходимость его социальной защиты (военная, судебная и медико-социальная экспертизы).

Поэтому представляется необходимым более подробно остановиться на современных подходах и таком социально значимом разделе социальной психиатрии, как **медико-социальная экспертиза** (МСЭ) при психических болезнях.

Каковы же сегодня наиболее актуальные проблемы, «болевые точки» современной МСЭ при психических болезнях?

Прежде всего, МСЭ, как и другие виды врачебной экспертизы, является особым видом деятельности. Она также *ориентирована на решение социальной проблемы больного человека — нуждаемости в социальной защите.*

В отличие от реабилитационной направленности деятельности социального психиатра МСЭ имеет ряд особенностей. К ним можно отнести:

— высокую социальную значимость для свидетельствуемого экспертного решения;

— однократность экспертного контакта;

— работу в системе «свидетельствуемый—группа (комиссия)»;

— установку врачей-экспертов на решение конкретной экспертной задачи;

— установку свидетельствуемого на достижение значимой для него социальной цели;

— возможное присутствие организатора социальной работы, психолога, реабилитолога и т. д.

Отмеченные выше особенности характерны не только для МСЭ, но и для других видов экспертизы: военной и судебной психиатрической (кроме реабилитационной направленности).

Возвращаясь к актуальным проблемам современной МСЭ, к новым подходам при оценке ограничения жизнедеятельности больных и инвалидов, вопросам их социальной защиты, целесообразно выделить несколько «болевых точек».

Прежде всего, обращает внимание стремление многих специалистов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и бюро МСЭ *перенести методологию врачебно-трудовой экспертизы на современную медико-социальную экспертизу.* Попытка «влить новое вино в старые мехи», как известно, обычно ни к чему хорошему не приводит —

«и вино портится, и мехи начинают протекать». Подобное сужение экспертного подхода вновь возвращает систему социальной защиты к «человеку-винтику» — варианту «трудоспособен—нетрудоспособен». Гораздо более широким понятием является **ограничение жизнедеятельности**, позволяющее осуществлять анализ функциональных возможностей свидетельствуемого в таких **типовых жизненных ситуациях**, как *самообслуживание, передвижение, образование, работа, ориентация* и т. д., который требует совершенно иных подходов к формированию клинико-экспертного диагноза и обоснованию экспертного решения.

Почти полное отсутствие серьезных исследований и научно-методических разработок для МСЭ при психических болезнях также вызывает значительные трудности при решении экспертных и реабилитационных задач. Попытки использовать старые, традиционные, наработанные десятилетиями представления, которые принципиально не «вписываются» в методологию современной МСЭ, также можно считать малопродуктивными.

По-прежнему «ахиллесовой пятой» лечебных психиатрических учреждений и специализированных психоневрологических бюро (НП бюро) являются недостаточные навыки в формулировании объемного, интегративного клинико-функционального диагноза с указанием основных дезадаптирующих синдромов, их стойкости и степени выраженности, нозологической принадлежности, типа и темпа течения заболевания, а также роли и значимости осложняющего, патопластического и провоцирующего факторов. Впрочем, эта ситуация, как уже отмечалось выше, характерна для всей социальной психиатрии. К сожалению, продолжаются попытки вместо клинико-экспертно-реабилитационного диагноза «обойтись» диагнозом по МКБ, а иногда и патологоанатомическим.

Как известно, для МСЭ характерна и экстраполяционная направленность экспертных решений, однако прогностическая экспертно-реабилитационная оценка синдромов явно недостаточно разработана. Вместе с тем следует особо подчеркнуть, что при обосновании экспертного решения, наряду с нозологией, типом и темпом течения, крайне важно *обосновать прогноз на год*, исходя из особенностей

синдрома(-ов), ограничивающего жизнедеятельность. Наконец, слабостью современной МСЭ при психических болезнях является отсутствие подготовленных психиатров-экспертов и научно-методической литературы по МСЭ детей и подростков с нервно-психическими нарушениями, ограничивающими их жизнедеятельность.

Поскольку любая врачебная экспертиза (военная, судебная, медико-социальная) решает конкретные, крайне социально значимые проблемы, возникающие между индивидом и ведомством: инвалид — не инвалид; вменяем — невменяем; дееспособен — недееспособен; годен к службе в армии — негоден и т. п., принципиально важно, чтобы врачебно-экспертные комиссии (ВЭК) **были независимы как от свидетельствуемого, так и от ведомства.** Однако в настоящее время этот принцип организационно соблюдается не полностью. Так, например, если годность к военной службе определяется экспертами Минздрава, то увольнение из армии по состоянию здоровья решается внутриведомственными комиссиями Вооруженных Сил. Точно так же, на внутриведомственном уровне, решается вопрос о невозможности отбывать дальнейшее наказание в местах лишения свободы.

В МСЭ организационно система независимости Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) от Министерства труда и социального развития проработана недостаточно. В ряде регионов России медико-социальная экспертиза независима от данного ведомства, в других — находится в рамках управлений социальной защиты населения. Понятно, что подобное неопределенное и двойственное положение ВЭК не позволяет считать их по-настоящему независимыми. Необходимость решить организационно и методологически такую исторически сложившуюся ситуацию также является одной из актуальных проблем социальной психиатрии.

Решение важных для свидетельствуемого социальных целей и задач при помощи врачебно-экспертных комиссий является объективной предпосылкой формирования возможного установочного поведения. Это известно всем врачам-экспертам независимо от конкретной сферы их деятельности. Однако, несмотря на бесспорную актуальность, социально-психологическую и экспертную значимость,

клинико-психологические аспекты установочного поведения, его конкретные варианты, принципиальные подходы к выявлению и т. д. проработаны в социальной психиатрии явно недостаточно. Более того, складывается впечатление, что врачи-эксперты, особенно в МСЭ, не полностью ориентированы в проблеме установочного поведения и не имеют четкого представления о тактике комиссии при выявлении таких фактов. В связи с этим один из разделов настоящего Руководства посвящен этому вопросу.

Наконец, достаточно значимой в социальной психиатрии является попытка с использованием системного подхода, полифакторно, провести анализ современных представлений о реабилитационном потенциале человека, формировании и контроле за реализацией ИПР, исходя из опыта реабилитологии XX века несколько поиному определить ряд понятий и представлений.

В настоящее время представления о социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях вступают в значительные противоречия с традиционными подходами к медицинским, профессиональным и социально-трудовым аспектам реабилитации. В частности, чрезвычайно важно осмыслить положение, что основным активным действующим началом реабилитации в социальной психиатрии является сам **реабилитант, а не врач или социальный работник.**

Следовательно, разработка методических подходов к оценке психологического реабилитационного потенциала личности, психологического аспекта реабилитации в целом представляется крайне актуальной и насущной задачей, поскольку «столбовая дорога реабилитации проходит через личность» (М. М. Кабанов).

Попытки в МСЭ вновь свести реабилитацию к «долечивающей терапии» или к социально-трудовой реабилитации, несмотря на их значимость, по существу имеют мало общего с системным и интегративным подходом к реабилитационному процессу, основной задачей которого является расширение сферы жизнедеятельности в типовых ситуациях, а не только в трудовой и профессиональной деятельности. Такому подходу к реабилитации также посвящен соответствующий раздел настоящего Руководства.

Таким образом, анализ создавшейся к началу XXI века ситуации в психиатрии и МСЭ при психических болезнях позволяет концептуально и организационно-методологически выделить, наряду с «ургентной», социальную психиатрию с особой направленностью, своими целями и задачами, по-иному подойти к анализу основных психопатологических синдромов как основных составляющих, ограничивающих жизнедеятельность человека, к формированию диагноза (клинико-экспертно-реабилитационного), определению понятия «болезнь», к оценке реабилитационного потенциала больного (инвалида) и самому процессу реабилитации.

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ

Настоящее Руководство обращено прежде всего к социальным психиатрам, психоневрологам, социальным работникам и членам бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ), включая психологов и реабилитологов, занимающихся вопросами реабилитации и социальной защиты лиц с нервно-психическими нарушениями. Она основывается не только на новых методических понятиях — «инвалидность», «социальная недостаточность», «ограничение жизнедеятельности» и т. п., но включает более чем 25-летний опыт работы кафедры МСЭ при психических болезнях и медицинской психологии Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей-экспертов.

Более четверти века кафедра занимается проблемами социальной психиатрии, защитой прав душевнобольных, разработкой индивидуальных программ реабилитации, вопросами медико-социальной экспертизы при психических болезнях, психологией и патопсихологией в экспертизе и т. п.

Накопленный многолетний опыт позволяет нам в значительной мере быстро и легко адаптироваться к новым социальным реалиям, интегрировать в практическую деятельность соответствующие мировым стандартам понятия, которые введены Федеральным законом

«О социальной защите инвалидов» в Российской Федерации (от 24.11.1995 № 181 ФЗ). Этот закон требует коренного изменения методических подходов к установлению инвалидности, новых общих принципов и критериев оценки ограничения жизнедеятельности, новых подходов к осуществлению мер социальной защиты.

Основные методические подходы к медико-социальной экспертизе, близкие к современным представлениям о социальной защите, изложены в Положении о признании лица инвалидом (Постановление Правительства РФ от 13.08.96 № 965) и «Классификациях и временных критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы» (Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ от 29.01.1997 г. № 1/30).

Поэтому представляется особо значимой их конкретная интерпретация в такой специфической области медико-социальной экспертизы, как освидетельствование лиц с нервно-психическими заболеваниями.

Помимо этого, в настоящем Руководстве рассмотрены некоторые вопросы социальной психиатрии, сформулированы ее основные цели и задачи, приложен ряд схем, таблиц и определений основных общих понятий, значимых в МСЭ при психических болезнях.

Настоящая работа является итогом деятельности коллектива кафедры — К. Л. Абрамовой, С. М. Милютина, А. Н. Бровина, В. Н. Синкевича, Е. В. Малышевой и других, которые внесли существенный вклад в разработку современной концепции ограничения жизнедеятельности, формирования индивидуальной программы реабилитации, оценки реабилитационного потенциала и ряда иных положений социальной психиатрии.

На рубеже веков, оценивая этапы развития социальной психиатрии и медико-социальной экспертизы при психических болезнях в России, следует подчеркнуть особую роль в развитии этого направления И. Ф. Случевского, Д. Е. Мелехова, А. С. Борзуновой, М. С. Розовой, М. С. Тепиной, Г. В. Зеневича, заложивших основы современной социальной психиатрии.

В Руководстве рассмотрены вопросы МСЭ при психических болезнях и приведены определения основных понятий, наиболее значимых для реабилитации психических больных, а также схемы и таблицы, сгруппированные в Приложении.

Мы надеемся, что такое построение материала будет иметь существенную практическую значимость для всех специалистов, занимающихся расширением сфер жизнедеятельности, реабилитацией и социальной защитой больных и инвалидов с нервно-психическими нарушениями.

ОБЩИЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций.

Основанием для признания человека **инвалидом** является сочетание трех факторов:

— нарушение здоровья со стойким расстройством деятельности индивида, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

— ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

— необходимость осуществления мер социальной защиты.

Наличие лишь одного из указанных факторов не является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности на основе анализа клинических, социальных и психологических данных свидетельствуемого.

Клинико-экспертный анализ базируется на традиционных положениях социальной психиатрии и медико-социальной экспертизы.

Клинико-функциональный диагноз в социальной психиатрии определяется на основе данных детального обследования свидетельствуемого с использованием необходимых диагностических методов, а также медицинских документов.

Клинико-функциональный диагноз содержит:

— основные синдромы ограничения жизнедеятельности, их стойкость и степень выраженности;

— клиническую (нозологическую) форму основного заболевания;

— клиническую (нозологическую) форму осложняющего заболевания;

— патопластический фон;

— стадию патологического процесса;

— течение заболевания (тип течения и темп);

— клинический прогноз.

Степень выраженности симптоматики состоит из четырех степеней нарушений:

1-я степень — незначительные нарушения функций;

2-я степень — умеренные нарушения функций;

3-я степень — выраженные нарушения функций;

4-я степень — значительно выраженные нарушения функций.

К ограничению жизнедеятельности и инвалидности приводит нарушение психического здоровья преимущественно с умеренными, выраженными и значительно выраженными стойкими нарушениями (вторая, третья и четвертая степени). Расстройства первой степени относительно редко являются причиной ограничения жизнедеятельности и инвалидности.

По возможности, в клинико-функциональном диагнозе целесообразно указывать этиологию болезни, наличие осложняющего и/или патопластического факторов, что имеет существенное значение для определения медико-биологического, социального и реабилитационного прогнозов.

Медико-биологический прогноз — предсказание исхода болезни.

Прогноз может трактоваться как:

— *благоприятный* — возможность стабилизации или улучшения состояния психического здоровья, уменьшения степени нарушения функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности;

— *неблагоприятный* — невозможность стабилизации психической деятельности, остановки прогрессирования патологического процесса и уменьшения степени нарушения функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности;

— *сомнительный (неопределенный).*

В МСЭ при психических заболеваниях особое значение имеет психологическая диагностика.

Психологическая диагностика — распознавание любого отклонения от нормального функционирования или развития личности, а также оценка состояния психических процессов.

Психологическая диагностика осуществляется психологом. Она включает:

— психологический «портрет» — оценка особенностей личности;

— патопсихологический «диагноз» — оценка нарушений психических процессов (память, внимание, эмоционально-волевая сфера, интенция мышления), их степень выраженности и стойкость.

Социальная диагностика — анализ социально-бытовых, социально-средовых и профессионально-трудовых возможностей свидетельствуемого.

При анализе **социальных факторов** следует оценивать семейное положение, социально-бытовые взаимоотношения, жилищно-бытовые условия, материальное положение, условия социально-быто-

вой и социально-средовой адаптации свидетельствуемого лица, возможность выполнения бытовой деятельности и ее зависимость от технических вспомогательных средств или других лиц, способность к независимому существованию, самостоятельному проживанию, в том числе к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, ориентации, общению; способность контролировать свое поведение.

В результате анализа может быть дана оценка социально-бытового статуса свидетельствуемого лица:

— социальный статус не нарушен;

— социальный статус нарушен вследствие ограничения отдельных категорий жизнедеятельности (способность к самообслуживанию, передвижению, ориентации и др.) разной степени выраженности.

Оценка **социально-профессионального статуса** — часть социальной диагностики — включает уровень образования (общего и профессионального), основную профессию (специальность), квалификацию, профессиональные знания и навыки, профессиональный маршрут, общий трудовой стаж, профессиональный стереотип, профессию, в которой работает человек на момент освидетельствования, условия и организацию его труда, рациональность трудоустройства, а также соответствие психофизиологических требований, предъявляемых основной профессией, состоянию здоровья индивида.

Комплексная оценка медико-биологической, психологической и социальной составляющих позволяет вынести суждение о наличии стойкости и степени ограничений отдельных категорий жизнедеятельности у свидетельствуемого.

При медико-социальной экспертизе оцениваются категории жизнедеятельности, наиболее важные для социальной достаточности человека.

К ним относятся способности:

— к самообслуживанию;

— к самостоятельному передвижению;

— к ориентации;

— к обучению и трудовой деятельности;

— к общению;

— контролировать свое поведение.

Ограничения жизнедеятельности являются социально-психологическими последствиями нарушений здоровья, которые могут привести к социальной недостаточности человека и, следовательно, к необходимости его социальной защиты и помощи.

Наличие социальной недостаточности вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций, приводящими к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты, служит основанием для определения инвалидности.

Наиболее важную значимость в формировании социальной дезадаптации имеют нарушения **способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации**. Ограничение даже одной из этих категорий жизнедеятельности, в зависимости от степени тяжести, может быть основанием для определения инвалидности.

Сочетание ограничений отдельных категорий жизнедеятельности может усугублять социальную недостаточность и приводить к более тяжелой степени инвалидизации.

Наличие неблагоприятного или сомнительного (с тенденцией к неблагоприятному) клинического и реабилитационного прогнозов даже на фоне временно сохранных функций и состояния жизнедеятельности может явиться основанием для определения **группы инвалидности.**

Основными составляющими, определяющими ту или иную группу инвалидности, являются:

— *стойкость симптоматики*, ограничивающей жизнедеятельность;

— *степень выраженности* нарушений функций вследствие психического заболевания или психического дефекта;

— *степень ограничения отдельных категорий жизнедеятельности* либо их совокупность;

— *наличие социальной недостаточности*, требующей социальной защиты или помощи вследствие нарушения психического здоровья.

Наличие анатомического дефекта, не приводящего к ограничению одной или нескольких категорий жизнедеятельности, не является основанием для определения инвалидности.

В случае признания лица инвалидом бюро МСЭ, наряду с определением группы инвалидности, устанавливает причину инвалидности и сроки переосвидетельствования.

При невозможности устранения или уменьшения социальной недостаточности инвалида вследствие длительного ограничения его жизнедеятельности (при сроках наблюдения не менее 5 лет), вызванного нарушением психического здоровья со стойкими изменениями, и неэффективности реабилитационных мероприятий инвалидность устанавливается без срока переосвидетельствования.

В соответствии с «Положением о признании лица инвалидом», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965 в зависимости от степени нарушений функций организма и ограничения жизнедеятельности лицу, признанному инвалидом, устанавливается **I, II, III группы инвалидности**; лицу в возрасте до 16 лет — категория **«ребенок—инвалид»**.

«Социальная защита инвалидов — система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности, направленная на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества» (ст. 2 Федерального Закона «О защите инвалидов РФ»).

Реабилитация инвалидов — комплекс медицинских, психологических, социальных мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением психического здоровья со стойкими расстройствами функций организма.

Реабилитант — активный, действующий **субъект** реабилитационного процесса.

Реабилитация включает:

— *медицинский аспект* реабилитации;

— *социальный аспект* — (профессиональная, трудовая, бытовая, средовая реабилитация);

— *психологический аспект.*

Цель реабилитации — расширение сферы жизнедеятельности человека (восстановление его социального статуса, достижение материальной независимости, устранение или компенсация стойких нарушений функций).

Реабилитационный прогноз — возможность достижения реабилитационных целей:

— *благоприятный* — возможность полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности;

— *относительно благоприятный* — возможность частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности при уменьшении степени их ограничений, а также стабилизация ограничений;

— *сомнительный (неопределенный)*;

— *неблагоприятный* — невозможность даже частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСНОВНЫХ КАТЕГОРИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Способность к самообслуживанию — способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

Способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела в рамках выполняемой бытовой, общественной, профессиональной деятельности.

Способность к обучению — способность к восприятию и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (социальными, культурными и бытовыми).

Способность к трудовой деятельности — способность осуществлять деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему и условиям выполняемой работы.

Способность к ориентации — способность определяться во времени и пространстве.

Способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации.

Способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых норм.

ОСОБЕННОСТИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Деятельность человека, позволяющая оптимально адаптироваться в социуме, обеспечивается интеграцией, взаимодействием личностных факторов и состоянием его психических процессов.

Расстройства личности или психических процессов, нередко даже одной из их составляющих, воздействуя на психическую деятельность в целом, могут вести к нарушению жизнедеятельности.

Ограничения жизнедеятельности вследствие психических нарушений крайне разнообразны и зависят от многих факторов, отражаемых в клинико-функциональном диагнозе:

— от особенностей синдрома(-ов), его стойкости и степени выраженности, нозологической принадлежности психопатологии, стадии, активности, этапа и типа течения заболевания, осложняющей патологии, патопластического фона;

— от особенностей личности (преморбидных и личностных реакций на болезнь);

— от компенсаторных возможностей, а также ряда социальных и биологических факторов (возраст, образование, профессия, семейно-бытовые условия и др.).

Ограничения жизнедеятельности психически больных проявляются в специфических особенностях дезадаптации. Более того, нередко имеется диссоциация между относительно умеренно выраженными психическими нарушениями и значительной дезадаптацией или, наоборот, между выраженными психическими расстройствами и достаточно сохранной социальной адаптацией.

Основанием для констатации ограничения жизнедеятельности и признания психически больных **инвалидами** является наличие стойких психопатологических состояний или длительных хронических или приступообразно текущих нервно-психических расстройств с частыми обострениями, активностью и выраженностью патологического процесса с прогредиентным течением, с клинической симптоматикой, резистентной к терапии, а также неблагоприятными клиническим и реабилитационным прогнозами.

Объем социальной помощи и реабилитации психически больным зависит от категории и степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРУПП ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Критерием для определения **первой группы** инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушений психического здоровья со стойким расстройством психической деятельности, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Ограничение способности к самообслуживанию третьей степени (неспособность к самостоятельному самообслуживанию и полная зависимость от других лиц) может возникать при стойких и выраженных психопатологических синдромах, приводящих к полной утрате навыков повседневной деятельности (умывание, одевание, навыки в еде, личная гигиена, самостоятельное отправление физиологических

функций), что ведет к постоянной зависимости от других лиц. Например, при деменции, олигофрении (имбецильность и идиотия); часто повторяющихся тяжелых пароксизмах и состоянии нарушенного сознания; стойких апато-абулических и кататонических состояниях; стойких конверсионных расстройствах (слепота, параличи).

Ограничение способности к передвижению третьей степени (неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц) предполагает случаи со стойкими значительно выраженными психическими нарушениями, обусловливающими невозможность передвижения даже в пределах дома (квартиры) без посторонней помощи, осуществляемой постоянно. Например, при стойком истерическом амаврозе или параличах нижних конечностей, стойком кататоническом состоянии, деменции любого генеза.

Ограничение способности к ориентации третьей степени (полная неспособность к ориентации) предполагает выраженные стойкие нарушения ориентации во времени, пространстве, ситуации, собственной личности, в результате которых больной целиком зависит от помощи и контроля постороннего лица (деменции любой этиологии, длительное состояние спутанности, субкома).

Ограничение способности к общению третьей степени (полная неспособность к общению) отмечается, например, при стойком мутизме, шизофрении, олигофрении (идиотия) и т. п., что ставит больного в полную зависимость от посторонних лиц.

Ограничение способности к контролю за своим поведением третьей степени (полная неспособность контролировать свое поведение) предполагает полное отсутствие способности управления своим поведением, что требует постоянного постороннего контроля и надзора («исходные» состояния при шизофрении, эпилепсии, органических поражениях головного мозга; болезнь Альцгеймера и Пика; сосудистые заболевания головного мозга (сосудистая деменция) и т. п.

Критерием для установления **второй группы** инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством психической деятельности, приводящим к выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности либо их сочетания.

Ограничение способности к самообслуживанию второй степени (возможность самообслуживания только с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц) может быть при психопатологических синдромах различной этиологии, приводящих к значительному затруднению навыков выполнения повседневной деятельности, что требует частичной зависимости от посторонних лиц. Например, при выраженном психоорганическом синдроме различного генеза, олигофрении (выраженная дебильность и легкая имбецильность), а также при стойких выраженных астенических, ипохондрических, аффективных, паранойяльных, галлюцинаторно-параноидных, кататонических синдромах; при значительных апато-абулических расстройствах, эмоционально-волевом дефекте, частых полиморфных пароксизмах.

Ограничение способности к передвижению второй степени (возможность самостоятельного передвижения только с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц) возникает при выраженной психопатологической симптоматике, приводящей к стойкому затруднению передвижения, что требует частичной или периодической помощи со стороны постороннего лица (выраженные стойкие истеро-конверсионные, сенесто-ипохондрические, апатические синдромы различной этиологии).

Ограничение способности к трудовой деятельности:

А) третьей степени (неспособность к трудовой деятельности);

Б) второй степени (возможность выполнения трудовой деятельности лишь в специально созданных условиях, либо с использованием специально оборудованного рабочего места, или с помощью других лиц).

Третья степень ограничения способности к трудовой деятельности возникает при значительно выраженных стойких психопатологических состояниях (синдромах), не позволяющих продолжать какую-либо трудовую деятельность.

Вторая степень ограничения трудовой деятельности возможна при выраженных стойких психотических состояниях (синдромах), позволяющих осуществлять трудовую деятельность только в специально созданных условиях (на дому, на спецпредприятии, на специально оборудованном месте). Например, при резидуальной, дезактуализированной галлюцинаторно-параноидной симптоматике, выраженной дебильности, выраженных психопатоподобных расстройствах различного генеза (эпилепсия, шизофрения, органические поражения головного мозга).

Ограничение способности к обучению:

А) третьей степени (неспособность к обучению);

Б) второй степени (возможность обучения лишь в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях).

Третья степень ограничения обучения устанавливается при значительно выраженных стойких психопатологических состояниях, приводящих к полному отсутствию способности усваивать учебные и профессиональные знания (выраженные расстройства мышления, выраженный психоорганический синдром, деменция, имбецильность).

Вторая степень ограничения способности к обучению определяется при выраженных стойких психопатологических синдромах, позволяющих обучаться лишь в специальных учебных заведениях или по специальным программам. Например, при выраженной дебильности, при средней степени психоорганическом синдроме, расстройствах мышления и снижении энергетического потенциала средней степени (шизофрения).

Ограничение способности к обучению второй и третьей степеней может быть основанием для определения второй группы инвалид-

ности при сочетании с ограничением одной или нескольких других категорий жизнедеятельности. Это не относится к учащимся, у которых ограничение только способности к обучению второй, третьей степеней может служить основанием для установления второй группы инвалидности.

Ограничение способности к ориентации второй степени (возможность ориентации с помощью других лиц) определяется при стойких, выраженных полиморфных, часто повторяющихся нарушениях сознания, нарушениях способности оградить себя и окружающих от опасности, что требует частичной помощи со стороны посторонних лиц. Например, при частых или полиморфных пароксизмах, их эквивалентах, аментивно-делириозных и аментивных синдромах, при выраженном психоорганическом синдроме различного генеза.

Ограничение способности к общению второй степени (общение возможно с использованием вспомогательных средств и (или) других лиц) возникает при выраженном стойком психоорганическом синдроме, выраженных нарушениях мышления при шизофрении, при имбецильности.

Ограничение способности контроля за своим поведением второй степени (возможность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц) констатируется при стойких выраженных нарушениях социальной адаптации (антисоциальные поступки, ситуативно-неадекватное, нелепое поведение в быту и на производстве), которое частично или полностью корригируется посторонними лицами. Например, у больных с выраженной стойкой галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, при наклонности к импульсивным действиям, аутоагрессии и т. п.

Критерием для установления **третьей группы** инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначи-

тельно или умеренно выраженными расстройствами психической деятельности различной этиологии, приводящей к нерезко или умеренно выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетания:

Ограничение способности к самообслуживанию первой степени (возможность самообслуживания с использованием вспомогательных средств) может встречаться при различных умеренно выраженных психопатологических синдромах и проявляется в значительных затратах времени на осуществление самообслуживания или в снижении его качества, что требует изменения режима жизни и использования вспомогательных средств. Например, при стойком истеро-ипохондрическом или астено-субдепрессивном синдромах, при вялотекущей шизофрении, при органическом поражении головного мозга, при умеренно выраженной дебильности.

Ограничение способности к передвижению первой степени (возможно самостоятельное передвижение при более длительной затрате времени, дробности выполнения, сокращении расстояния) может возникнуть при умеренно выраженном астеническом, апатоабулическом, астено-субдепрессивном, обсессивно-фобическом, сенесто-ипохондрическом синдромах различного генеза, при моторной замедленности у больных шизофренией, при органических заболеваниях головного мозга и т. д.

Ограничение способности к обучению первой степени (возможность к обучению имеется в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала)) констатируется при умеренно выраженных стойких расстройствах психической деятельности, приводящих к трудностям обучения в учебных заведениях общего профиля в связи со сложностью выполнения режима учебного процесса. Например, при субдепрессивном, астеническом, психоорганическом синдромах, а также у больных с идеаторно-моторной заторможенностью различной этиологии.

Ограничение способности к трудовой деятельности первой степени (способность к выполнению трудовой деятельности имеется при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии) выявляется при стойком умеренно выраженном нарушении или снижении одной или нескольких психических функций, которые затрудняют выполнение трудовой деятельности, обусловливают утрату профессии, снижение квалификации или уменьшение объема производственной деятельности. Например, при психоорганическом, астено-субдепрессивном, сенесто-ипохондрическом, психопатоподобном синдромах различной этиологии.

Ограничение способности к ориентации первой степени (способности к ориентации имеются при условии использования вспомогательных средств) может возникать при стойком снижении способности к длительному полноценному, в полном объеме, восприятию информации из-за неустойчивости, рассеянности, сужения объема внимания; при кратковременной периодической неспособности осознавать себя в пространстве и времени. Например, при умеренно выраженном психоорганическом синдроме, выраженном астеническом или невротическом состоянии, пароксизмах или их эквивалентах.

Ограничение способности к общению первой степени (снижение скорости, уменьшение объема усвоения, получения и передачи информации) возникает при трудностях общения из-за замедления скорости получения и передачи информации и ограничения ее объема, определяемых согласно общепринятым в психиатрической практике критериям. Например, при психоорганическом или астено-депрессивном синдромах, а также при неврозоподобных и психопатоподобных расстройствах.

Ограничение способности к общению первой степени может быть основанием для установления третьей группы инвалидности преимущественно при их сочетании с ограничением одной или нескольких групп жизнедеятельности.

Ограничение способности к контролю за своим поведением первой степени (частичное снижение способности контролировать поведение) констатируется при умеренно выраженных синдромах, приводящих к частичному, стойкому или периодическому снижению способности приспособления к общепринятым нормам поведения и социальным ролям. Например, при психопатоподобном, параноййальном синдромах, умеренно выраженном психоорганическом синдроме различной этиологии.

Глава 3

ЛИЧНОСТЬ И УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших задач деятельности психолога-эксперта, в том числе в МСЭ, является проблема отграничения возможного установочного поведения свидетельствуемого от его психологического и патопсихологического уровней реагирования на болезнь или дефект.

Принципиальной социально-психологической предпосылкой для формирования особой формы поведения свидетельствуемого в ситуации «экспертиза» — так называемого «установочного поведения», является то, что в процессе любой врачебной экспертизы (военная, судебная, медико-социальная) решаются крайне важные для обследуемого социальные аспекты дальнейшей деятельности на существенном отрезке жизни.

Любая врачебная экспертиза (военно-врачебная; судебно-медицинская, в том числе судебно-психиатрическая; медико-социальная) носит социально-ориентированный характер, т. е. решает различные социальные проблемы индивида. При помощи комиссии ведомство и индивидуум пытаются урегулировать возникшие между ними отношения, решить те или иные социальные проблемы и вопросы. В процессе экспертизы между свидетельствуемым и экспертной комиссией возникает особая социально-психологическая ситуация (ситуация «экспертиза»). В ситуации «экспертиза» стремления

свидетельствуемого обычно четко социально ориентированы (связь инвалидности с ранением, производственной травмой, профессиональным заболеванием), поэтому рентное и установочное поведение следует рассматривать в рамках психологического уровня реагирования личности на ситуацию «экспертиза», «болезнь», «инвалидность».

В МСЭ таким социально-значимым феноменом является определение группы инвалидности с последующим социальным статусом «инвалид». В этой связи всякая врачебно-экспертная комиссия, в том числе и бюро МСЭ, является своеобразным «посредником» между человеком и ведомством, который призван урегулировать возникшую социальную проблему (годен — не годен к военной службе, вменяем — невменяем, инвалид — не инвалид).

Если деятельность врачебно-экспертной комиссии регламентирована соответствующими законами или подзаконными актами, инструкциями, приказами и т. п., то свидетельствуемый, принимая решение предъявить установочное поведение, исходит не только из создавшейся социально-психологической ситуации и особенностей имеющейся патологии, но и, прежде всего, из индивидуальных особенностей личности — мотивационной сферы, системы социально-психологических отношений и интеллектуального потенциала. Следовательно, утверждение БМСЭ о возможном установочном поведении свидетельствуемого должно базироваться на двух составляющих — особенностях заболевания (дефекта) и индивидуально-психологических особенностях личности. Понятно, что психологический аспект проблемы есть компетенция психолога-эксперта БМСЭ.

Прежде чем перейти к анализу установочного поведения, необходимо определить еще одно понятие, важное для социальной медицины, — рентная мотивация (рентное поведение).

Под **рентной мотивацией** (поведением) понимается **осознанное, целенаправленное** стремление свидетельствуемого получить в результате экспертного решения юридически не корректные социальные льготы (преимущества).

Рентную мотивацию (поведение) не следует смешивать с законным (юридически корректным) правом человека на льготы, пособия и т. п. вследствие заболевания или дефекта. Рентная мотивация проявляется через деятельность человека, его поведение, высказывания, конкретные поступки. Однако рентная мотивация, хотя и лежит в основе установочного поведения, не обязательно приводит к нему. Нередко одной из экспертных ошибок является поверхностный вывод — рентная мотивация известна, следовательно, имеется установочное поведение. Для подобного утверждения необходим интегративный, системный анализ основных дезадаптирующих синдромов, их стойкости и степени выраженности, течения заболевания, его типа и темпа, в сочетании с оценкой личности свидетельствуемого (темперамента, интеллекта, характера, и особенно мотивационной сферы — ценности, установки, самооценка, уровень притязаний, социальная или асоциальная направленность и т. д.). Естественно, что в основе установочного поведения лежит рентная мотивация. Однако рентная мотивация свидетельствуемого может быть не только «обнажена», но и глубоко скрыта от врачей ЛПУ и врачей-экспертов. Поэтому в основе установления факта установочного поведения должен лежать не поиск рентных мотивов, но глубокий клинико-психологический анализ симптоматики, ее особенностей, степени выраженности и стойкости в сочетании с анализом личности свидетельствуемого.

Обращения свидетельствуемых в БМСЭ по социальным показаниям, а также в связи с изменением критериев определения группы инвалидности не могут считаться установочным поведением. Серьезной ошибкой экспертов бюро является их нежелание или неумение оценивать патопсихологический уровень реагирования личности на болезнь, который также нередко оценивается в рамках установочного поведения.

Выводы экспертов об установочном поведении обычно вытекают из особенностей предъявляемой симптоматики, в частности, если она расходится с параклиническими данными обследования, и в случаях, когда игнорируется рисунок поведения, характер жалоб, ограничения жизнедеятельности, обусловленные патопсихологическим

либо психопатологическим регистром реагирования личности. Объективизация синдромов патопсихологического регистра является одной из задач психолога-эксперта. Психолог также может более профессионально оценить особенности личности свидетельствуемого. При решении вопроса об установочном поведении важна и оценка особенностей имеющейся социальной ситуации. В таких случаях существенную помощь могут оказать данные социального обследования.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что если «клинические» проявления установочного поведения описываются врачом-экспертом соответствующей специальности, то сам факт его наличия устанавливается коллегиально.

Таким образом, формы установочного поведения вытекают из особенностей предъявляемой симптоматики (существующего или несуществующего заболевания), индивидуальных особенностей личности свидетельствуемого, особенностей социальной ситуации, в которой он находится, и имеющейся у него рентной мотивации. Поэтому каждый член комиссии, в том числе психолог, должен четко ориентироваться в формах установочного поведения, путях их выявления, принципах отграничения от проявлений патопсихологического уровня реагирования личности, симптоматики психотического регистра и соматических расстройств.

Под **установочным поведением** понимается **осознанное, целенаправленное** предъявление свидетельствуемым **заведомо ложной информации** о состоянии своего здоровья, т. е. осознанное, целенаправленное предъявление симптомов несуществующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), усиление симптомов имеющегося заболевания (агравация), предъявление симптомов, утяжеляющих общее состояние организма («поиск симптомов»). К установочному поведению относят также попытку скрыть (преуменьшить) симптомы имеющегося заболевания (диссимуляция, дисгравация).

Симуляция — предъявление симптомов *несуществующего и не существовавшего* заболевания. Для формирования устойчивого симулятивного поведения необходима серьезная мотивация, достаточный

интеллектуальный потенциал, умение организовывать адекватный рисунок поведения, настойчивость, упорство в достижении поставленной цели, сохранность волевых механизмов, знание медицинской литературы. При симуляции свидетельствуемому известен статус синдрома и общие закономерности течения заболевания, но не нюансы болезни, ее динамика, смена синдромов, их трансформация или редукция. При подозрении на симуляцию крайне желательны стационарное обследование, соответствующим образом обученный персонал, а также постоянное сопоставление поведения и жалоб, анализ динамики предъявляемой симптоматики.

При психологическом обследовании таких свидетельствуемых обычно выявляется достаточно высокий интеллектуальный и волевой потенциалы личности. Мотивационная сфера может быть «закрыта», очерчена формально из-за осторожности свидетельствуемого, его нежелания полностью «раскрыться». Важную информацию могут дать при исследовании личности шкалы искренности, достоверности, коррекции различных опросников, но следует иметь в виду, что их значения по данным шкалам могут выходить за рамки нормативных не только из-за элементов установочного поведения, но и по многим другим причинам. В МСЭ этот вид установочного поведения встречается редко. Он более характерен для судебно-психиатрической и военно-врачебной экспертиз.

Метасимуляция — предъявление свидетельствуемым симптомов *действительно имевшего место в прошлом заболевания* или его обострения. Обычно метасимулятивное поведение реализуется по двум вариантам: по типу *экзацербации* или по типу *пролонгирования симптоматики*.

При так называемой **экзацербации симптоматики** предъявляются симптомы заболевания (обострения), которое *имело место ранее*, но которым свидетельствуемый в настоящее время *не страдает*. Например, предъявляются клинические жалобы перенесенного в прошлом инфаркта миокарда, холецистита, обострения язвенной болезни желудка и т. п.

Пролонгирование симптоматики состоит в том, что обследуемый *продолжает жаловаться на проявления болезни, которая уже*

закончилась, купировалась, и ориентирован в связи с этим на положительное для него решение экспертной комиссии.

При метасимуляции отграничение от болезни значительно затруднено. Свидетельствуемому хорошо известны как особенности синдромов, так и течение заболевания. При подозрении на метасимуляцию эксперты должны искать объективные признаки болезни (т. к. прошлое заболевание «не выбирается») и объективные признаки алго-сенестопатических жалоб (например, потливость, бледность). Целесообразно также использование методов «провокации», например, болевого синдрома, вопросы «с подвохом» и пр. В практике МСЭ этот вид установочного поведения встречается нередко, особенно по типу пролонгирования симптоматики. Кроме анализа направленности личности, ее целей и установок, роль психолога-эксперта обычно ограничена методом клинико-психологического наблюдения, что крайне важно, поскольку при общении рисунок поведения свидетельствуемого может быть более адекватным и свободным.

Суперсимуляция — предъявление *действительно больным человеком симптомов другого заболевания, которого в действительности нет.* Чаще всего встречается у психически больных или у свидетельствуемых с низким интеллектом, не позволяющим оценить экспертную ситуацию в целом. Важно не путать с «простой» симуляцией, что может вести к экспертным ошибкам. При суперсимуляции свидетельствуемый не информирован об особенностях и динамике симулируемого заболевания. Это ведет к *примитивному грубо-симулятивному поведению*, преимущественно на симптоматическом уровне. Для выявления суперсимуляции важен поиск объективных признаков патологии, сопоставление их с субъективными ощущениями больного и предъявляемыми им жалобами. Крайне значим также анализ личности, в частности интеллектуального потенциала свидетельствуемого и его мотивации.

В практике МСЭ суперсимуляция встречается относительно редко, и психолог при подозрении на нее должен подумать о возможном психопатологическом регистре и необходимости консультации психиатра.

Агравация — *сознательное преувеличение симптомов имеющегося заболевания.* Очень частый вид установочного поведения. Для агравации важны не только социальные или материальные стимулы, но часто и просто психологические. Высокий интеллектуальный потенциал, настойчивость, упорство, знание медицинской литературы совсем не обязательны. Агравანту известны особенности заболевания, его динамика, трансформация и смена синдромов, лечение и т. п.

При подозрении на агравацию во всех видах врачебной экспертизы необходимо сопоставление субъективных жалоб и объективных данных, тщательное, целенаправленное наблюдение персонала, желательно в условиях стационара, в ситуации «экспертиза» и вне ее. Иногда хорошие результаты дают методики «провокации», тщательно психологически продуманные. Крайне значим анализ личности свидетельствуемого (потребности, цели, мотивы, направленность и другие личностные структуры). Индивидуальные личностные особенности могут явно противоречить жалобам и общему рисунку поведения свидетельствуемого — агграванта. Например, подозрительна выраженная реакция флегматика на болевой синдром без особых органических изменений; предъявление множества жалоб человеком без тревожно-мнительного радикала личности, особая фиксация на болезни при незначительных лабораторных данных. Вместе с тем не следует путать агравацию с демонстративным усилением истерической симптоматики при посторонних, в больнице, в бюро МСЭ. Формула «истерия — великая симулянтка» указывает лишь на то, что истерия может «симулировать» различные органические заболевания. Как известно, истерическая симптоматика развивается по невротическим механизмам и, следовательно, является клиническим проявлением патопсихологического уровня реагирования личности, а не установочным поведением.

Роль психолога-эксперта при решении вопроса о наличии агравации весьма существенна. В его задачу обычно входит тщательный анализ личности свидетельствуемого на психологическом и, возможно, патопсихологическом уровнях реагирования, в частности с объективизацией расстройств невротического и неврозоподобного

регистра. При экспериментально-психологическом обследовании (ЭПО) нередко наблюдается неадекватная (в сторону ухудшения результатов) работа свидетельствуемого при работе с методиками. Например, несопоставимые с наблюдаемым психическим состоянием количественные показатели при исследовании качеств внимания (методика Шульте, корректурные пробы), мнестических функций (методика на запоминание 10 слов, шкала памяти Векслера), мыслительной деятельности (затруднения при сравнении и обобщении понятий, исключение предметов и понятий, понимание переносного смысла пословиц и др., как правило, в самых простых, элементарных заданиях). Иногда обращает внимание существенная замедленность темпа выполнения предлагаемых тестов, что не проявляется в беседе и при свободном общении. Часты жалобы на усталость, которые не подтверждаются объективно методиками на истощаемость и не сопровождаются вегетативными реакциями. При ЭПО для психолога-эксперта важно также максимально использовать метод клинико-психологического наблюдения за общим рисунком поведения свидетельствуемого. Вместе с тем следует подчеркнуть, что показатели шкал лжи, достоверности, коррекции опросников, выходящие за рамки нормы, на которые часто ссылаются при выявлении установочного поведения, могут быть обусловлены не только сознательным, целенаправленным искажением информации, но формироваться и по бессознательным (невротическим) механизмам при психопатических личностных радикалах, при инфантилизме или идеаторных затруднениях в точном осмыслении утверждений (формулировок) опросников и т. п.

Существенное значение для выявления агравационных тенденций могут иметь данные социального обследования, иногда неоднократного. Следует еще раз особо подчеркнуть, что агравация — наиболее часто встречающийся вид установочного поведения в МСЭ и военно-врачебной экспертизе.

«Поиск симптомов» — предъявление свидетельствуемым симптомов различных заболеваний, *не укладывающихся в клинически очерченный синдром*, для утяжеления общей картины состояния больного.

«Поиск симптомов» — примитивная форма установочного поведения. Наиболее часто он формируется свидетельствуемым при интеллектуальной недостаточности, у лиц с нерезко выраженным психоорганическим синдромом, у «примитивной» личности. Для формирования установочного поведения по типу «поиска симптомов» не обязательны настойчивость, упорство, сохранность волевых механизмов, знание медицинской литературы и т. д. Предъявляемая симптоматика черпается из различных, преимущественно бытовых, порой противоречивых источников (другие больные, знакомые, родственники, телепередачи, наводящие вопросы врача). При «поиске симптомов» обследуемому обычно не известны ни клиника заболевания, ни особенности течения, ни его последствия. Психолог-эксперт должен иметь в виду, что «поиск симптомов» следует отграничивать от патопсихологического регистра симптоматики, в частности от неврастенического и ипохондрического синдромов. Для такого отграничения необходимо проводить тщательный анализ личности обследуемого (интеллект, характер, темперамент, направленность); проанализировать особенности преморбидной и постморбидной личности; ориентироваться в проблеме невротических и неврозоподобных расстройств, в их динамике и трансформации.

Целесообразно также оценить состояние психических процессов и уровень интеллектуального развития для выявления возможного ПОС или олигофрении. При анализе личности следует учитывать возможность личностных девиаций. Вместе с тем следует подчеркнуть, что при подозрении на «поиск симптомов» экспертная комиссия должна прежде всего исключить невротическую и неврозоподобную симптоматику. Опыт показывает, что нередко после уточнения, в случаях, где предполагался «поиск симптомов», имели место пограничные состояния, т. е. нервно-психические расстройства патопсихологического уровня реагирования личности.

Диссимуляция и **дисгравация** — *сознательная попытка скрыть или преуменьшить* признаки имеющегося заболевания. Чаще встречаются в практике военно-врачебной экспертизы или в различных видах профессиональных медицинских экспертиз (например, при

освидетельствовании на предмет допуска к вождению транспортных средств, к ношению оружия и т. п.). Могут встречаться у психически больных при проведении МСЭ, но чаще связаны с судебно-психиатрической экспертной практикой. В МСЭ иногда обусловлены наличием у свидетельствуемого хорошей перспективы профессионального и материального роста, продвижения по службе, стремлением получать пенсию «по выслуге» и т. п. Рентная мотивация у таких свидетельствуемых связана скорее не с отрицательными, а с положительными трудовыми и социальными установками.

При решении проблемы возможного диссимулятивного поведения обследуемого психологу-эксперту следует максимально точно оценить состояние психических процессов, а поскольку свидетельствуемый не может серьезно исказить результаты, то изменения по органическому или астеническому типу, если они есть, отчетливо выявляются, несмотря на утверждения, что «все в порядке» и нет причин для беспокойства. При анализе личности как с помощью экспериментально-психологических методик, так и с помощью психобиографического метода обследуемые достаточно адекватны и откровенны при обсуждении проблем, не касающихся болезни.

В заключение главы следует подчеркнуть, что свидетельствуемый **имеет право отказаться** от психологического обследования по различным мотивам, в том числе и по механизмам личностной защиты.

Какова же тактика врачебно-экспертной комиссии при выявлении у свидетельствуемого факта установочного поведения? Прежде всего следует подчеркнуть, что экспертиза не кончается данным экспертным диагнозом и заключением. Свидетельствуемый вправе обжаловать экспертное решение в установленном порядке, в том числе и через суд. Следовательно, факт установочного поведения должен быть верифицирован и обоснован. Полученные данные об установочном поведении должны быть зафиксированы в экспертной документации (врач-специалист, психолог-эксперт). Решение о наличии установочного поведения обсуждается всеми членами комиссии и является их **коллегиальным** мнением.

Упоминание об установочном поведении включается в развернутый клинико-экспертный диагноз после его окончательной полной формулировки. Например, «установочное поведение (по типу агравации)».

При обосновании экспертного решения комиссия также должна оценить его роль и значимость. Обычно используются формулировки «с учетом имеющегося установочного поведения» или «несмотря на имеющееся установочное поведение...» — далее обосновывается то или иное экспертное решение.

Глава 4

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ И КОНЦЕПЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ

В настоящей главе Руководства представляется важным обобщить многие частные суждения по основам реабилитологии в социальной психиатрии в частности и социальной медицине в целом. Это тем более значимо, что в последние десятилетия реабилитология постепенно выкристаллизовывается в особую, специфическую отрасль врачебной, социальной и психологической деятельности, ориентированную на компенсацию социальной недостаточности лиц, живущих в «ситуации болезнь (дефект)».

Ранее уже отмечалось, что в социальной психиатрии (медицине) по существу имеются два направления — экспертное и реабилитационное. Поэтому представляется необходимым еще раз на системном, интегративном уровне рассмотреть концепции реабилитации, сформировавшиеся к началу третьего тысячелетия.

В настоящее время в теории и практике реабилитологии начат непростой процесс интеграции новых принципов и методологии. Вместе с тем, как показывает опыт, их практическая реализация нередко затруднена в связи с некоторыми проблемами концептуального порядка, требующими дальнейшей проработки. В настоящем разделе дан их краткий анализ, а также предложены принципиальные пути их взаимного решения в рамках современной

модели реабилитации, на основе системного подхода к таким основополагающим понятиям, как «болезнь», «нозология», «личность» и др.

Как известно, ставший отправной точкой для реализации новых подходов Федеральный закон от 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в своих основных понятиях базировался на принципах Международной классификации нарушений, снижения способностей и социальной недостаточности, адаптированной в России в 1994 г. В ней, однако, не предусматривается соотношение сомато-психо-социальных последствий болезни с конкретными нозологическими единицами. Акцентуация классификации на средовых проявлениях болезни, на первый взгляд, затрудняет ее использование при анализе внутренних этиопатогенетических взаимосвязей, поскольку при обработке экспертных и реабилитационных мероприятий специалисты придерживаются клинико-нозологического принципа. Первостепенное значение в формировании реализации индивидуальной программы реабилитации продолжает придаваться прогнозу, т. е. по существу «диагнозу будущего», суждение о котором возможно только после установления точного клинико-нозологического диагноза. Понятно, что нозологический диагноз является основой суждений о наиболее вероятных особенностях дальнейшего течения и последствий заболевания, т. е. формирует клинический и социальный прогноз. Он во многом заложен в развернутом клиническом диагнозе, в оценке формы, стадии, типа течения и темпа прогредиентности заболевания, возможного утяжеления за счет осложнений и т. п. Кроме того, среди медико-биологических факторов рассматривается влияние на прогноз пола, возраста больного, наследственной отягощенности, а также возможности восстановительного лечения. Таким образом, нозологический подход обеспечивает определенную точность, «прицельность» в выборе и поэтапной реализации мероприятий реабилитации, исходя из особенностей конкретной патодинамической структуры. Вместе с тем в последний период становятся все более отчетливо видны слабые стороны подобной модели реабилитации, согласно которой, в отличие от подхода Международной классификации болезней, основным является компенсация функциональных

нарушений. С этих позиций функциональные нарушения и возможности их компенсации отслеживались, в основном, по их влиянию на продолжение трудовой деятельности.

С подобных позиций в отечественной медицине строилась и концепция реабилитации (IX Совещание министров здравоохранения и социального обеспечения социалистических стран: цит. по М. М. Кабанову, 1976 г.). Под реабилитацией понималась «система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и ранее возвращение инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду». Из определения следует, что целью реабилитации является «предупреждение развития патологических процессов», ибо она по существу сводилась к восстановительной медико-биологической терапии. «Биологизация» болезни, редукция ее понимания до уровня организма широко реализовывалась на практике, в частности в организации так называемых «реабилитационных центров».

Бесспорно, роль «долечивающей» восстановительной терапии не следует преуменьшать, однако она не может подменить личностно-ориентированную концепцию **индивидуальной программы реабилитации** как системного многоуровневого процесса, включающего не только биологические, но и личностно-социальные аспекты жизни больного.

Стремление свести реабилитацию к «системе государственных, социально-экономических... мероприятий», имеющих конечной целью «возвращение больных и инвалидов... в общество и к общественно полезному труду», ведет к тому, что болеющий человек рассматривается как пассивный объект приложения «системы мероприятий».

Поэтому глубоко не анализировались индивидуальные особенности системы отношений больного, его уровня притязаний, шкалы ценностей, представлений о личностном и социальном комфорте и возможностях его достижения в ситуациях «болезнь», «инвалидность». Напротив, больному и инвалиду цели реабилитации в достаточно

жесткой форме предлагались извне, без учета его личностной заинтересованности, преимущественно в зауженном русле социально-трудовой и профессиональной реабилитации. Упоминание о «возвращении в общество» на практике вновь сводилось к трудовым рекомендациям.

Малоизученными оставались другие стороны жизни инвалида, связанные со снижением способности к самообслуживанию, передвижению, коммуникации, выполнению других форм социально значимой деятельности. Крайне недостаточное внимание уделялось психологическому аспекту реабилитации, в частности анализу «внутренней модели болезни».

Вместе с тем, подобные подходы, долгое время бывшие традиционными для отечественной реабилитологии, перестают соответствовать и современному уровню теоретических представлений о нозологии. Следует констатировать, что за последние десятилетия в мировой медицине сформировалось и упрочилось понимание болезни, как сложной многоуровневой гомеостатической системы, включающей взаимосвязи медико-биологической составляющей с личностным и социальным статусом индивида.

Истоки клинико-нозологического направления в медицине, как известно, относятся к XIX веку, когда расцвет микробиологии и инфекционной патологии способствовал формированию в европейской медицине нозологического принципа и надолго определил его узко-биологическую трактовку.

Начало пересмотра жестких монокаузальных и механистических схем прослеживается уже в середине XX столетия, когда возникло осмысление болезни не только как «полома», но и в качестве формы патологической адаптации. Еще Л. Берталанфи, применительно к «живым системам», показал роль гомеостаза, что дало возможность предоставить патологический процесс, болезнь, синдром и другие патологические состояния, возникающие у человека, в виде открытых систем, взаимодействующих между собой и с определенной средой. П. К. Анохин также считал, что для поддержания состояния здоровья «взаимосодействие» систем должно быть оптимальным. Процесс же или состояния внутри системы,

препятствующие такому «взаимосодействию», следует отнести к патологическим, лежащим в основе развития болезни.

Таким образом, **система «человек—болезнь»** требует анализа процесса болезни в рамках многоуровневого континуума: патологический процесс (биологический «полом») — защитные образования — индивид (организм и личность) — среда (биологическая и социальная).

Определение болезни как нарушения био-социо-психологического гомеостаза человека (индивида) вследствие патологического процесса, приводящего к ограничению жизнедеятельности, требует анализа не только медико-биологических, но и социально-психологических аспектов механизмов «полома» и «защиты».

В свете изложенного теоретические основы нозологического принципа в современной медицине не только не входят в противоречие с Международной классификацией, а напротив — позволяют глубже и полнее интегрировать ее понятия в практику реабилитационной работы. Основным противоречием при ассимиляции классификации следует признать не сам клинико-нозологический принцип, а его сведение к пониманию болезни лишь на медико-биологическом уровне и узкую трактовку реабилитации как социально-трудовой и профессиональной.

Как указывалось, Международная классификация в ее основных понятиях реализована на уровне законодательных (Закон РФ от 1995 г.) и нормативных актов, определяющих практическую деятельность бюро МСЭ. Поэтому принципы классификации требуют тщательного анализа и трактовок, доступных специалистам, ориентированным пока лишь в традиционных медико-биологических подходах.

В Международной классификации нарушений, снижения способностей и социальной недостаточности болезнь и ее последствия представлены в виде многоуровневой системы: болезнь (внутренняя ситуация) — нарушение (материализация) — снижение способностей и ограничения деятельности (проявление) — социальная недостаточность (социализация). В разделах классификации приводится характеристика проявлений болезни без анализа их нозологической принадлежности. Например, в разделе I «Нарушение» рассматриваются отклонения в биомедицинском статусе в соответствии с

общепринятыми стандартами. При этом под нарушением понимается потеря или аномалия психологической, физиологической или анатомической функции, что по сути идентично понятию «нарушение функций». В разделе II «Снижение способностей и ограничение деятельности» речь идет об объективно выраженных нарушениях жизнедеятельности в различных ситуациях. Снижение трудоспособности дано в ряду других способностей, которые составляют основные компоненты повседневной жизни. Сам термин «жизнедеятельность» трактуется в широком смысле слова как способность человека к любому виду деятельности на работе, в быту, учебе, при самообслуживании и т. д. Поскольку в системе «полом—защита» участвуют и личностные механизмы, развивается био-психо-социальный дискомфорт, субъективно переживаемый человеком. Социальная недостаточность развивается, когда компенсаторные и защитные механизмы индивида неэффективны из-за большой выраженности нарушений, что ведет к социально-психологической дезадаптации. Социальная недостаточность для последствий болезни не обязательна, однако в практике реабилитации приходится иметь дело именно с ограничением жизнедеятельности. Хотя система анализа в классификации феноменологически достаточна, она не несет глубокой прогностической нагрузки, что затрудняет формирование и реализацию индивидуальной программы реабилитации.

Поэтому для создания фундаментального базиса формирования и реализации ИПР необходимо четко определиться с такими понятиями, как **развернутый функциональный (реабилитационный) диагноз, реабилитационный потенциал индивида, конкретные направления реализации ИПР (медико-биологический, психологический и социальный аспекты).**

Поскольку центральным среди понятий классификации является понятие «ограничение жизнедеятельности», оно интегрирует физиологические и психические функции индивида в их нарушениях, а также его социальные роли с недостаточностью в них. Иными словами, «ограничение жизнедеятельности» отражает системное представление о болезни в виде «нарушения гомеостаза вследствие патологического процесса».

Сегодня в социальной психиатрии критериями заболевания стала не только клиника, но и проявления ограничения жизнедеятельности в среде (в ориентации, общении, самообслуживании и др.), т. е. во «внешних» ситуациях. Механизмы внутренней обусловленности ограничений жизнедеятельности, очевидные в рамках нозологического принципа, требуют дальнейшего уточнения и конкретизации в системном функциональном диагнозе.

Детальная проработка вопросов методологии реабилитационного диагноза не является целью настоящей главы. Следует лишь подчеркнуть, что в самом определении **синдрома как симптомокомплекса в динамике, объединенного единым патогенезом**, отражена совокупность и причинная обусловленность ограничений жизнедеятельности. Следовательно, клинико-реабилитационный анализ ограничений жизнедеятельности позволяет выйти не только на синдромальный, но и на нозологический диагноз, причем системный подход к ограничению жизнедеятельности заставляет обратиться к анализу качества жизни больного в различных социально-психологических ситуациях («образование», «работа», «семья», «передвижение», «социальные контракты», «самообслуживание» и др.).

С учетом изложенного, принципы Международной классификации адекватно отражают взаимосвязи между болезнью и ограничениями жизнедеятельности. Именно через ограничения жизнедеятельности формируется связь степени нуждаемости в социальной защите и реабилитации с клинико-нозологической характеристикой состояния больного.

Таким образом, принципы построения Международной классификации и системный клинический подход дают возможность *органичного сочетания современных концепций социальной психиатрии и реабилитации.* Круг основных понятий, которые представляются необходимыми для организации системной модели индивидуальной программы реабилитации, излагается ниже, несмотря на то, что некоторые из них определялись ранее. Это сделано для того, чтобы не отсылать читателя к предыдущим главам и для обеспечения целостности восприятия материала.

В социальной психиатрии, реальностью которой является жизнь больного в ситуации «болезнь», основной задачей на долгие годы становится ориентация на сохранение или расширение сферы жизнедеятельности пациента.

Понятно, что расширение сферы жизнедеятельности невозможно только при помощи лекарственной терапии, поскольку в этом случае проблема решалась бы на уровне «ургентной» психиатрии.

Следовательно, расширение сферы жизнедеятельности больного может быть реальным только через комплекс медико-биологических, социальных и психологических мероприятий, т. е. через индивидуальную программу реабилитации.

Таким образом, под **реабилитацией** в целом в социальной психиатрии (медицине) **понимается расширение сферы жизнедеятельности больного (индивида) при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий.**

В отличие от «ургентной» психиатрии, где больной по существу является пассивным объектом воздействия лечебных мероприятий, в социальной психиатрии конкретную ИПР реализует сам больной (приходит в ПНД, принимает лекарства, учится, работает, налаживает семейные отношения и т. д.), т. е. «столбовая дорога» реабилитации проходит через личность пациента, опираясь на его реабилитационный потенциал. Следует подчеркнуть, что организующим фактором в реализации ИПР является оптимальный психологический контакт в системе «реабилитант—реабилитолог».

Если «столбовая дорога» реабилитации проходит через личность больного, живущего в конкретном микросоциуме, естественно выделять три основных аспекта (направления) реабилитации — медико-биологический, социальный и психологический.

Следует особо подчеркнуть, что реабилитация направлена **на реализацию конкретной реабилитационной цели**, поэтому она может быть не только полной, но и частичной. Всякий реабилитационный процесс есть деятельность реабилитанта в так называемом «реабилитационном поле», в котором он существует и действует, поэтому в реализации ИПР выделяют конкретные этапы, последовательность действий и промежуточные результаты.

Вместе с тем, прежде чем формировать ИПР, необходимо оценить реабилитационный потенциал (РП) индивида, причем анализу подлежат сохранившиеся возможности организма и личности, а не констатация утраченного.

Поэтому под **реабилитационным потенциалом** понимаются биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничения жизнедеятельности, сформировавшиеся вследствие болезни или дефекта.

РП индивида складывается из реабилитационных возможностей организма, реабилитационных возможностей личности и реабилитационных возможностей микросоциума (общества), в котором существует и действует реабилитант.

РП организма включает:

— *биоэнергетический потенциал организма*, по которому осуществляется оценка состояния иных органов и систем, задействованных в медико-биологическом аспекте реабилитации;

— *генетико-конституциональный потенциал организма,* по которому осуществляется оценка наследственности, особенностей конституции, пола и возраста реабилитанта;

— *организационно-медицинский потенциал*, по которому можно судить о том, как, где, с чьей помощью и т. п. будет конкретно организован медико-биологический аспект реабилитации.

Реабилитационный потенциал личности (аутопсихологический РП) анализируется и оценивается также по нескольким направлениям — состояние психических процессов (память, внимание, эмоции, интенция мышления), особенности личности (темперамент, характер, интеллект, мотивация) и особенности внутренней модели болезни, т. е. представления самого больного о сущности его заболевания, возможностях терапии (объем, качество, продолжительность), социальном и биологическом прогнозе, степени сохранности компенсаторных механизмов и т. п.

Однако РП больного не исчерпывается лишь РП организма и личности. Человек, имеющий болезнь или дефект, существует и действует в определенном социальном окружении, т. е. имеет так называемое социальное «реабилитационное поле».

Следовательно, возникает необходимость проанализировать и оценить реабилитационный настрой общества в целом и возможности локального социума, в котором будет реализовываться ИПР. Поэтому при оценке РП общества также необходимо проанализировать несколько составляющих:

— *реабилитационную ориентацию* конкретного микросоциума, в котором существует реабилитант (семья, соседи, группа по интересам, учебная и рабочая группы и т. п.);

— *представление о реабилитационных возможностях больного* с тем или иным нервно-психическим заболеванием в общественном сознании референтной группы реабилитанта. Например, юристы, военнослужащие, врачи, педагоги и т. п. Такой анализ также позволяет уточнить возможности профессиональной и социально-трудовой реабилитации при интеграции в такую социальную группу;

— *представление о реабилитационной направленности общества* в целом, т. е. насколько общественное сознание приемлет, одобряет, понимает значимость для больного восстановления его социального статуса.

Обычно оценка реабилитационного потенциала социума проводится по трем направлениям:

— *социально-правовой (юридической) РП общества* — т. е. насколько совершенны и внедрены в реальную действительность законодательные акты и подзаконные инструкции, нормативные материалы и т. п., защищающие права больных и инвалидов с нервно-психическими расстройствами;

— *научно-технический и экономический РП общества* — возможности общества оказать реабилитанту эти виды помощи для реализации ИПР;

— *нравственно-этический РП общества* — моральная поддержка микросоциальной, референтной группы и социума в целом деятельности реабилитанта по реализации ИПР.

Таким представляется понимание системного многоуровневого подхода к оценке РП индивида, имеющего болезнь или дефект в социальной психиатрии и социальной медицине в целом. Обычно после такого интегративного анализа РП индивида оценивается по четырехбалльной шкале — как высокий, средний, умеренный,

низкий, причем отдельно для личности, организма и социума. Полученные данные суммируются и вносятся в карту реабилитанта.

Однако формирование ИПР и оценка РП индивида базируются на так называемом реабилитационном диагнозе.

Реабилитационный диагноз также интегрирует три многоуровневых составляющих:

— клинико-функциональный диагноз;

— психологический «диагноз»;

— социальный «диагноз».

Поскольку основным феноменом, дезадаптирующим человека, является заболевание, представляется целесообразным начать с **клинико-функционального диагноза.**

Понимая болезнь как стойкое нарушение био-социо-психологического гомеостаза индивида вследствие патологического процесса, приводящее к ограничению жизнедеятельности, не представляется возможным ограничиться ее нозологической принадлежностью.

Следовательно, **развернутый клинико-функциональный диагноз** должен включать:

— основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность;

— их стойкость и степень выраженности;

— нозологическую принадлежность болезни;

— ее тип и темп течения (если таковые прослеживаются) — так называемый «реабилитационный прогноз»;

— наличие неблагоприятного патопластического фона («почва», на которой развивается патологическое состояние);

— наличие осложняющего фактора (иного текущего заболевания, влияющего на клинику и течение основной нозологической формы).

При этом следует подчеркнуть, что заболевание дезорганизует деятельность через синдромы, их сочетание, особенности и выраженность. Следовательно, медико-биологический аспект реабилитации в социальной психиатрии будет ориентирован на ликвидацию этих синдромов или уменьшение их дезадаптирующего воздействия.

Тип и темп течения заболевания, наличие осложняющего фактора или патопластического фона участвуют в формировании реабилитационного прогноза.

Поскольку в социальной психиатрии ИПР реализует сам больной, который является активным действующим началом реабилитации, понятно, что в представление о реабилитационном диагнозе в целом входит **психологический «диагноз»**, который включает:

— психологический «портрет» (оценку в реабилитационных целях структур личности и ее особенностей);

— патопсихологический анализ форм реагирования личности;

— оценку (реабилитационную) состояния психических процессов (память, внимание, эмоционально-волевая сфера, интенция мышления);

— психологический анализ внутренней модели болезни (аутопсихологическая картина болезни, амбивалентность переживания болезни, тип реакции личности на болезнь, отношение к болезни, переживание болезни во времени).

Подробнее внутренняя модель болезни изложена в наших публикациях по проблеме «личность и болезнь».

Третья составляющая реабилитационного диагноза — **социальный «диагноз»**, который включает комплекс социально-бытовых, социально-средовых и профессионально-трудовых реабилитационных возможностей индивида.

Таким образом, перед формированием ИПР и ее поэтапной реализацией имеется ряд составляющих:

— оптимальный психологический контакт реабилитолог—реабилитант;

— конкретные поэтапные реабилитационные цели;

— реабилитационный диагноз;

— оценка реабилитационного потенциала организма, личности и социума.

Таковы базисные позиции, на которых зиждется организация и проведение в жизнь основных аспектов реабилитации.

Исходя из этих представлений, ИПР состоит из трех основных аспектов: медико-биологического, социального и психологического.

1. Медико-биологический аспект реабилитации формируется с учетом нескольких принципиальных направлений терапевтической помощи:

— активная патологическая терапия (например, при органическом поражении головного мозга и сосудистой патологии — курсы ноотропов и ангиопротекторов);

— поддерживающая («фоновая») терапия — противосудорожные препараты, пролонги и т. д.;

— «долечивающая» терапия — комплекс фармакологических препаратов, основной задачей которых является дальнейшее нивелирование ургентной психопатологической симптоматики после обострения заболевания;

— функционально-тренирующая терапия (например, при невротических состояниях, декомпенсации психопатии при астеническом и психоорганическом синдромах);

— профилактика обострений — изменение объема и направленности лечения при «зарницах» обострения;

— «профессиональная» терапия — комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление узкопрофессиональных форм деятельности (обычно имеются в виду особые формы высококвалифицированной профессиональной деятельности);

— новые формы лечения — поскольку реализация ИПР может быть достаточно пролонгированной во времени, реабилитолог, несмотря на определенный врачебный консерватизм, обязан отслеживать возможность применения новых форм терапии;

— организация лечебных мероприятий — ранее уже отмечалось особое значение организации терапии (где реализуется ИПР, кто следит за приемом препаратов, сроки введения пролонгов, наличие препаратов и т. п.).

Таковы основные составляющие медико-биологического аспекта ИПР. Понятно, что этот перечень может быть расширен и дополнен, однако опыт показывает, что он вполне «вписывается» в практику реализации ИПР, поскольку преимущественно ориентирован на ликвидацию или уменьшение степени выраженности синдромов, ограничивающих жизнедеятельность больного.

2. Психологический аспект реабилитации. Его значимость, как уже отмечалось, в первую очередь определяется тем, что в социальной медицине его реализует через деятельность в ситуации «болезнь» *сам реабилитант.*

Вместе с тем было бы достаточно самонадеянно считать, что реабилитолог может полностью трансформировать мотивационную сферу или систему социально-психологических отношений человека. Поэтому наиболее приемлемым в рамках психологического аспекта ИПР является термин **коррекция**. С этих позиций все основные варианты психологического аспекта реабилитации разделяются на следующие:

— *коррекция оптимального психологического контакта*, поскольку в процессе реабилитации может возникать необходимость уточнить, изменить нюансы системы отношений «врач—больной» для реализации конкретной реабилитационной цели;

— *коррекция профориентации.* В процессе формирования и реализации ИПР может возникать необходимость переориентировать реабилитанта на иные формы обучения или другую профессию, место и вид работы и т. п.;

— *коррекция состояния фрустрации.* Поскольку реабилитация есть пролонгированный во времени процесс и особая форма деятельности больного, на этом пути возможны неудачи, отступления, изменения реабилитационных целей и т. д. Следовательно, могут возникать вторичные фрустрации, которые требуют своевременного вмешательства реабилитолога;

— *коррекция мотивационной сферы* (уровня притязаний, самооценки, шкалы ценностей, реальной и абстрактной перспективы и т. п.). Всегда следует иметь в виду, что изменение реабилитационных целей должно быть не только понято больным, но и принято, то есть стать его целями и задачами, что ведет к изменению направленности личности;

— *коррекция внутренней модели болезни.* В процессе реабилитации при условии стойкого оптимального психологического контакта, под воздействием полученных результатов ИПР и усилий реабилитолога возможно постепенное изменение представлений реабилитанта о прогнозе заболевания и своих компенсаторных возможностях,

что ведет к изменению типа реакции на болезнь, отношения к ней, аутопсихологической картины болезни в целом;

— *коррекция системы социально-психологических отношений.* Длительное существование индивида в ситуации «болезнь» формирует и новые социальные роли «больного», «инвалида», что ведет к стабилизации жизненного стереотипа через деятельность в социальных группах (семья, товарищи по работе, учебная группа, группа по интересам). Понятно, что в процессе реабилитации необходима периодическая коррекция социальных ролей — «иждивенца», «больного», «инвалида» и т. п. Такая коррекция позволяет на разных этапах реабилитации регулировать оттенки и уточнять социальные роли реабилитанта, приближать его поведение к ситуативно-адекватному, т. е. полнее адаптировать в микросоциум.

3. Социальный аспект реабилитации. Данное направление реабилитационных мероприятий разработано более подробно. Однако здесь целесообразно также употребить термин **коррекция**, поскольку на разных этапах ИПР он существенно видоизменяется:

— *юридическая коррекция* — уточнение больным (инвалидом) с помощью реабилитолога, юриста, социального работника своих прав, социальных льгот и т. п.;

— *коррекция социально-бытовой ситуации* — обустройство среды обитания для расширения сферы жизнедеятельности реабилитанта;

— *коррекция материальных возможностей больного (инвалида)* — пенсия, материальная поддержка со стороны родственников, производства, гуманитарная и спонсорская помощь и т. д.;

— *коррекция семейной ситуации* — с помощью реабилитолога, социального работника изменение системы социальных отношений к реабилитанту со стороны родных и ближайшего социального окружения;

— *коррекция профессиональной деятельности* — обустройство рабочего места, профессиональная ориентация и переориентация, изменение объема работы и т. п.;

— *коррекция социально-средовых ситуаций* — направлена прежде всего на изменение (улучшение) системы социально-психологических отношений к реабилитанту в группах, где проходит его профессиональная

трудовая деятельность. В основном это сфера деятельности социального работника, социального психолога или самого реабилитанта в системе — «Я—группа, объединенная созидающей деятельностью»;

— *коррекция системы социально-психологических отношений* в иных социальных группах, где действует реабилитант. Например, общественная организация, туристическая группа, группа коллекционеров и т. п. Естественно, что на разных этапах реабилитации эта система отношений также должна периодически изменяться.

Понятно, что социальный аспект реабилитации должен быть очень конкретным, целенаправленным, реальным, поскольку позволяет достичь значительной интеграции человека, имеющего болезнь или дефект, в общество.

Таким образом, если рассматривать формирование и реализацию ИПР в рамках системного многоуровневого подхода как процесс с этапной и конечной реабилитационной целью, целесообразно выделять несколько базисных факторов, на которых строится дальнейшая система реабилитации. К таким факторам относят: определение конкретной конечной реабилитационной цели; предполагаемые этапные цели; формирование клинико-реабилитационного диагноза; анализ личности реабилитанта и внутренней модели болезни; определение реабилитационного потенциала организма, личности и социума, в котором реализуется ИПР. Формирование конкретной системной ИПР, базируясь на этих факторах, идет по трем направлениям — медико-биологическому, социальному и психологическому. В одних случаях превалирует медико-биологический, социальный или психологический аспект реабилитации, что, однако, не исключает необходимости тщательного анализа других аспектов. Форма конкретной карты реабилитанта может быть достаточно свободной, исходя из особенностей региона. Однако в ней обязательно должны быть представлены, кроме паспортных данных, реабилитационная цель, этапы, реабилитационный диагноз, реабилитационный потенциал и тщательно прописаны все аспекты реабилитации.

РАЗДЕЛ II

КЛИНИКА, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Глава 5

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Термин «Органическое поражение головного мозга» является мультидисциплинарным (сборным) понятием и отражает лишь общий «субстратный» уровень поражения и общие патогенетические механизмы заболевания, а не нозологическую сущность. Поэтому целесообразно, когда возможно, указать конкретную причину заболевания (ЧМТ, нейроинфекция и т. д.).

В социальной психиатрии принято выделять несколько периодов (этапов, стадий) течения органических поражений головного мозга — начальный, острый, подострый, период остаточных явлений, т. н. «остаточные явления».

Этапы (стадии, периоды) — представление о течении основной клинической симптоматики, ограничивающей жизнедеятельность индивида со стороны динамики синдромов и их смены. Следует понимать, что на каждом этапе заболевания возможно «практическое выздоровление», т. е. редукция симптоматики, до степени, не ограничивающей жизнедеятельность индивида (аутохтонно или в результате лечебно-реабилитационных мероприятий).

Социальный психиатр редко встречается с ранними периодами течения органических поражений мозга, однако знание клинических проявлений на этих стадиях необходимо для:

— анализа особенностей течения;
— объема и адекватности проведенной терапии;
— прогностической оценки на синдромальном уровне;
— степени ограничения жизнедеятельности;
— уточнения многоплановости и смены синдромов.

Анализ течения заболевания является общепринятым принципом «психиатрии течения», поскольку в зависимости от этапа (периода) может существенно меняться терапия и реабилитационный прогноз.

I. Начальный период (этап) — основные клинические синдромы, ограничивающие жизнедеятельность:

— состояния нарушенного сознания — основной синдром начального периода — т. н. «осциллирующее сознание»;
— «дымка» — легкая обнибуляция, оглушенность;
— вялость — сонливость — оглушение — сопор;
— субкома — кома;
— сумеречное расстройство сознания; судорожные припадки (реже).

Следует отметить, что:
— нарушения сознания часто динамичны — «мерцающее сознание»;
— добавочная симптоматика — цефалгии, общая гиперстезия;
— длительность начального периода — до двух-трех недель.

II. Острый период (этап) — длительность от нескольких недель до двух-четырех месяцев.

Основные клинические синдромы, ограничивающие жизнедеятельность:

— резкая астения («органическая»);

— расстройства памяти:
а) ретро-, антероградная амнезия;
б) острый Корсаковский синдром (фиксационная амнезия, конфабуляции и псевдореминесценции);
в) острый психоорганический синдром (редко);

— аффективные нарушения (редко):
а) субдепрессия;

б) гипомания;

в) дисфория;

— «транзиторные острые психозы»:

а) аментивный синдром;

б) аментивно-делириозный синдром:

— мусситирующий делирий;

— делирий с явлениями дереализации и деперсонализации;

в) синдром Крисбагера (дереализация, деперсонализация и т. д.);

г) судорожные припадки;

д) сумеречное расстройство сознания.

Основные **цели и задачи** на данном этапе:

— интенсивная, комплексная патогенетическая терапия;

— синдромальная терапия;

— ближайший клинический и социальный прогноз;

— профилактика ограничения жизнедеятельности.

Важно избегать:

— физического и психического переутомления;

— нарушений режима;

— интеркуррентных заболеваний.

III. Поздний (подострый) период (этап) — длительность до двух-трех лет.

Основные дезадаптирующие синдромы:

1. Астенический синдром:

— неврастенический вариант;

— астено-ипохондрический вариант;

— астено-сенестопатический вариант.

2. Вегетативно-сосудистые кризы:

— варианты см. в периоде отдаленных последствий.

3. Психоорганический синдром:

— варианты см. в периоде отдаленных последствий.

4. Аффективные расстройства:

— гомономные атипичные субдепрессии (см. схему атипичных депрессий);

— дисфории.

5. Галлюцинаторно-бредовый синдром (отмечается редко) в основном в связи с другими экзогенными факторами (алкоголь, интоксикация, повторные ЧМТ и т. д.).

В целом состояние на данном этапе лечения может быть определено как т. н. «синдром функциональной неустойчивости» (П. А. Маккавейский):

— подвижность, изменчивость, лабильность симптоматики;

— тенденция к частым декомпенсациям.

Основные цели и задачи:

— массивные курсы комплексной патогенетической терапии (не менее четырех курсов в течение 12—14 мес.);

— терапия основного дезадаптирующего синдрома (синдромов);

— щадящий режим деятельности;

— анализ возможности адаптации (медико-биологической и социально-психологической);

— профилактика декомпенсаций (возможны частые и длительные);

— эффективность санаторно-курортного лечения и отдыха;

— оценка степени ограничения жизнедеятельности.

IV. Стадия (период) отдаленных последствий:

— отсутствие прямых корреляций между тяжестью ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации и т. п. и дальнейшим течением заболевания, особенно в периоде «отдаленных последствий»;

— часто «легкое» органическое поражение мозга формирует более сложные дезадаптирующие синдромы с полиморфной картиной нервно-психических нарушений;

— в формировании синдрома значительную роль играют расстройства личности;

— нередко отдаленные последствия органического поражения мозга формируются вследствие т. н. «токсических энцефалопатий» (радиационно-токсическая, алкогольная, наркоманическая и т. д.), для которых характерно отсутствие грубой неврологической симптоматики;

— ограничение жизнедеятельности обусловлено преимущественно психопатоподобными и неврозоподобными расстройствами;

Следует разграничивать понятия:

а) остаточные признаки (явления) органического поражения головного мозга (т. н. «резидуальный органик»);

б) последствия органического поражения головного мозга.

Иногда разграничить крайне сложно, так как:

— *«остаточные явления»* — отсутствие динамики синдромов, их смены, синдромокинеза, изменения их типологии;

— *«последствия»* — текущий, динамический процесс, со сменой синдромов, их трансформацией и синдромокинезом.

Основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность (могут сочетаться). «Полисиндромальная симптоматика» (в структуре синдрома основным дезадаптирующим компонентом может являться один из его симптомов):

— астенический;
— психоорганический;
— пароксизмальные расстройства;
— неврозоподобная симптоматика;
— психопатоподобный синдром;
— аффективные нарушения;
— психотические состояния.

Астенический синдром — стойкое, различной степени выраженности состояние истощаемости психических процессов (внимания, памяти, эмоций, мышления).

1. *Жизнедеятельность ограничена* вследствие ослабления или утраты способности к продолжительному напряжению (умственному или физическому).

2. *Клиническая симптоматика:*

— раздражительная слабость, эмоциональная лабильность в комбинации с легкой возбудимостью;
— при ЭПО — истощаемость психических процессов;
— гиперстезия (к свету, звукам, запахам и т. п.);
— частые головные боли;
— расстройства сна (сонливость, бессонница, диссомния);

— изменение самочувствия в зависимости от климатических факторов (жара, холод, изменения барометрического давления и т. п.).

3. *Астения снижает:*

— функциональные возможности деятельности (ограничивает возможности обучения, профессиональной деятельности, передвижения и др.);

— расстраивает длительную деятельность;

— способствует разрушению устойчивого жизненного стереотипа.

4. Особое значение имеет *степень выраженности астенического синдрома:*

а) легкая степень — установка на деятельность и возможность ее выполнения не нарушены. Возможно снижение объема деятельности; может служить диагностическим критерием. Следует помнить о возможности кумуляции утомления;

б) умеренная (средняя) степень — установка на деятельность не нарушена; на первом этапе продуктивная деятельность даже повышена, однако нет этапа стабилизации и после фазы врабатываемости сразу наступает истощение, резкое снижение работоспособности. Закон стимуляции конца деятельности сохранен. Имеется значительная тенденция к кумуляции утомления;

в) выраженная степень — установка на деятельность ослаблена или отсутствует; расстраиваются произвольные действия и привычные автоматизированные; нарушается саморегуляция усилий, появляется «опережающая» усталость; выраженные вегетативные реакции (бледность, потоотделение, учащение пульса, эмоциональные реакции, фиксация на болезненных ощущениях и чувстве беспомощности).

При уточнении степени выраженности астенического состояния необходим анализ клинических и экспериментально-психологических данных. В реабилитации таких больных важно сочетание мощной патогенетической и синдромальной терапии; «дозировка» усилий при различных формах деятельности, система поощрительных психологически значимых стимулов, система психотерапевтических мероприятий (в основном на уровне «рациональной психотерапии»).

Психоорганический синдром (ПОС) является стереотипной («эквифинальной» по И. В. Давыдовскому) формой реагирования мозга на т. н. «органическое» поражение:

— наиболее распространен при последствиях ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации, при сосудистых заболеваниях, в рамках т. н. «радиационно-токсической энцефалопатии»;

— как любой синдром, не патогномоничен;

— следовательно, имеет общие, стереотипные закономерности и особенности, характерные для различных нозологических форм (типология, синдромокинез, смена синдромов);

— типология и синдромокинез разработаны недостаточно;

— в патогенезе синдрома основную роль играют угнетение (атрофия) клеток мозга и хроническая гипоксия (ХНМК).

Под психоорганическим синдромом понимается достаточно стабильное состояние недостаточности психических процессов, т. е. расстройств памяти, внимания, интенции мышления и эмоционально-волевой сферы, приводящее к ограничению жизнедеятельности больного.

В основе клинико-психологического анализа ПОС лежит клиническая и экспериментально-психологическая оценка особенностей и степени выраженности ПОС. В частности, степень выраженности ПОС может в значительной мере определять способности к обучению, продолжению профессиональной деятельности, службе в Вооруженных Силах, социальным контактам, передвижению и т. п. В ряде случаев степенью выраженности ПОС определяется возможность «отдавать отчет своим действиям и руководить ими» (гражданское и уголовное право).

Динамика ПОС (при прогредиентном течении заболевания): легкая степень — умеренная степень — выраженная степень — деменция.

Клиническая картина характеризуется рядом вариантов:

— амнестический;

— эксплозивный;

— астенический;

— апатический;

— эйфорический;

— вариант ПОС — Корсаковский синдром — характеризуется фиксационной амнезией в сочетании с конфабуляциями и псевдореминисценциями.

Пароксизмальные расстройства также «эквифинальная» форма реагирования головного мозга, причем, как любой синдром, пароксизмы не патогномоничны; типология и синдромокинез разработаны недостаточно. Пароксизмальные состояния делятся на:

а) судорожные припадки и их эквиваленты;

б) вегетативно-сосудистые кризы.

I. Судорожные припадки и их эквиваленты.

1. Генерализованные припадки:

— большие судорожные;

— малые бессудорожные;

— эпилептический статус.

2. Парциальные (фокальные) припадки:

— двигательные;

— аффективные (кратковременные эпизоды «острой растерянности» с частичной амнезией).

3. «Психические припадки»:

— дисфория;

— сумеречные расстройства сознания;

— амбулаторный автоматизм;

— особые состояния сознания.

Для всех пароксизмов характерны их ограниченность во времени с четко очерченным началом и окончанием.

II. Пароксизмальные вегетативно-сосудистые кризы:

— протекают на фоне формально ясного сознания;

— имеют четко очерченное начало и окончание с последующим астеническим «хвостом».

Типология кризов:

— внезапно возникающий немотивированный страх, тревога, психологический дискомфорт;

— ощущение «внутренней дрожи»;
— тахикардия, озноб, повышение температуры;
— часто повышенное АД, головная боль;
— потливость и т. п.

Помимо кризов с преимущественно вегетативно-сосудистыми нарушениями выделяют и другие варианты: с потерей мышечного тонуса или хаотичными движениями (поворот, вставания и т. д.).

Важными симптомами являются полиурия, реже полидефекация, ощущение витальной слабости после приступа.

Вегетативно-сосудистые кризы, даже умеренные по степени выраженности, нередко приводят к формированию стойкой неврозоподобной симптоматики (фобо-сенесто-ипохондрический синдром), которая значительно ограничивает жизнедеятельность.

Неврозоподобная симптоматика церебрально-органического генеза формируется как «реакция личности на болезнь» — т. е. на ощущения, связанные с вегетативно-сосудистыми кризами.

В социальной психиатрии оценка всех пароксизмальных состояний достаточно сложна. Она требует комплексного подхода, при котором наряду с формализованным (частота приступов, их особенности, длительность и т. п.) оцениваются конкретные возможности ограничения жизнедеятельности и их степень выраженности (ограничение в передвижении, самообслуживании, в социальных контактах, контроле за поведением, в трудовой деятельности). Важно оценивать сочетание пароксизмов с иной симптоматикой (ПОС, психопатоподобные расстройства и т. д.), реакцию личности на пароксизмы, объемы терапии, клинический и социально-психологический прогноз.

Неврозоподобные расстройства. Оцениваемые ранее клинические синдромы (астенический, ПОС, припадки, кризы) возникают как прямое следствие ЧМТ, нейроинфекции, интоксикации на «субстрат» (мозговые клетки). Сложнее обстоит дело с формированием другой группы синдромов (неврозоподобные расстройства, психопатоподобная симптоматика).

Необходим дифференциальный диагноз:
— невроз у «резидуального органика»;

— неврозоподобные расстройства церебрально-органического генеза.

Основное в патогенезе формирования неврозоподобной симптоматики — реакция личности на органическую патологию, на нарушение биосоциопсихологического гомеостаза индивида, на социально-психологическую дезадаптацию. Иными словами — патопсихологическая реакция личности на органическую неполноценность и развившееся состояние фрустрации.

Неврозоподобная симптоматика требует:

— иной направленности, объема и длительности терапии;

— иного подхода к социальному и клиническому прогнозу;

— иного подхода к ограничению жизнедеятельности;

— анализа форм реагирования личности «до» и «после» органического поражения мозга;

— поиска корней «невротических» жалоб на органическом уровне.

Необходимо также учитывать возможность «многослойности» симптоматики (например — фобические расстройства, вегетативно-сосудистые кризы, психоорганический синдром).

Важно анализировать динамику (смену) синдромов, например: астенический — пароксизмы — психоорганический.

Основные клинические варианты.

1. *Неврастенический синдром* — наиболее часто ограничивает жизнедеятельность.

Характеризуется:

— раздражительная слабость;

— выраженные вегетативные расстройства (органическая диэнцефальная недостаточность);

— нарушение сна, головные боли;

— астено-апатический компонент в сочетании с «эмоциональными кризами;

— ипохондрическая фиксация на ощущениях, парастезиях, сенестопатиях, алгиях;

— вызывает значительные трудности адаптация в социальных группах (семья, группа «по интересам», референтная группа и т. д.).

2. *Обсессивно-фобический синдром:*

— собственно обсессии (идеаторные навязчивости) крайне редки; требуется четко дифференциальный диагноз;

— основное — фобо-сенесто-ипохондрические расстройства. Наиболее частые фобии — страх смерти, «приступа», ухудшения состояния и т. д.;

— нередки импульсии в моторной сфере, тики, подергивания и т. п., которые расцениваются как чисто невротические;

— ограничения жизнедеятельности обусловлены трудностями адаптации в социальных группах, ощущением собственной несостоятельности.

3. *Ипохондрический синдром* (непсихотического регистра):

— наиболее часто и глубоко ограничивает жизнедеятельность при отдаленных последствиях органического поражения головного мозга;

— по существу это сенесто-фобо-ипохондрический синдром;

— в основе формирования синдрома — расстройства в мезодиэнцефальной области, нарушение связей между лимбической системой и внутренними анализаторами;

— как следствие — необычные алгические ощущения, парастезии, сенестопатии, расстройства схемы тела и т. п., приводящие к их ипохондрической личностной переработке;

— основные варианты — истеро-ипохондрический и астеноипохондрический.

Для синдрома в целом характерно:

— появление в позднем периоде течения болезни;

— чуждость расстройств особенностям преморбидной личности;

— обилие сенестопатических и алгических ощущений.

В структуру неврозоподобных расстройств могут включаться отдельные психосоматические симптомы — кардиалгии, ларингоспазм, «невротическая рвота», анорексия и т. д.

Следует подчеркнуть, что развернутых, сложных по типологии, синдромокинезу и смене синдромов клинических картин при неврозоподобных состояниях, как правило, не формируется. Их клиника всегда полиморфна, редуцирована, атипична, своеобразна.

Неврозоподобная симптоматика в зависимости от степени ее выраженности и стойкости может существенно ограничивать жизнедеятельность и должна быть отражена в развернутом клинико-экспертном диагнозе, должна учитываться при организации и проведении ИПР.

К **особенностям медицинской реабилитации** таких больных следует отнести обязательное сочетание симптоматической и мощной, длительной курсовой патогенетической терапии, поскольку в своей основе патология «органична», со всеми вытекающими отсюда экспертными и реабилитационными задачами.

Психопатоподобные состояния при органических поражениях головного мозга. Термин подчеркивает, что центральным звеном симптоматики, ограничивающей жизнедеятельность больного, являются расстройства не субстратного, а личностного регистра (преимущественно в сфере темперамента и характера). Дифференциальный диагноз — «психопатия у органика».

Для постановки синдромального диагноза необходимо:

— отсутствие клинико-социальных признаков психопатии до ЧМТ (нейроинфекции, интоксикации и т. д.);

— наличие патопсихологических изменений в эмоционально-волевой сфере, приводящих к расстройствам поведения и адаптации в социальных группах;

— «инфантилизация» психики.

Под психопатоподобным синдромом церебрально-органического генеза понимается резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, сформировавшаяся вследствие органического поражения мозга и ведущая к ограничению жизнедеятельности человека, нарушая адаптацию в социальных группах.

Следовательно, основная причина дезадаптации — расстройства поведения, «социальных контактов».

В формировании психопатоподобных расстройств основную роль играют:

— неполноценный субстрат (мозг);

— сложная, пролонгированная фрустрирующая социально-психологическая ситуация и ее неадекватная личностная переработка.

При постановке диагноза существенное значение имеют «добавочные» синдромы (психоорганический, пароксизмальный, астенический и др.), хотя они не занимают доминирующего места в клинической картине. Жизнедеятельность ограничивают прежде всего эмоционально-волевые нарушения и расстройства поведения.

Психопатоподобные состояния не влекут, как правило, потерю квалификации, не препятствуют приобретению знаний, навыков и умений. Основное — расстройства в системе отношений «Я—группа». Как и при психопатиях, стойкий психопатоподобный синдром характеризуется:

— выраженностью патологии в сфере темперамента и характера;

— тотальностью патологии личности;

— относительной стабильностью клинических проявлений;

— готовностью к конфликтам в социальных группах;

— эгоцентризмом;

— узостью, ригидностью, инертностью мышления (т. н. «аффективное мышление психопатов»).

Основные варианты психопатоподобного синдрома при органических поражениях головного мозга:

— ***эксплозивный*** — дисфории, взрывчатость, агрессивность; возможна комбинация с «эпилептической» вязкостью и жестокостью аффекта, с ПОС и эпилептическими припадками;

— ***истерический*** — демонстративность, театральность рисунка поведения; эгоцентризм, поверхностность интересов; часто сочетается с пароксизмами (т. н. «истероэпилепсия»); склонность к истерическим реакциям; псевдодеменция; мутизм; парезы; пуэрильность;

— ***паранойяльный*** — встречается реже, «ядро» — сверхценная идея, обычно сутяжно-кверулянтного круга, иногда ревности или изобретательства; характерны застойность аффекта, в сочетании с ПОС некритичность мышления;

— ***ипохондрический*** — фиксация на ощущениях; тревожность, мнительность; ограничение интересов и рисунка поведения здоровьем;

фон настроения снижен; возможны дисфории, сутяжные тенденции; часто сочетается с вегетативно-сосудистыми кризами и ПОС.

Клинический и социальный прогноз сомнителен — присоединение сосудистой патологии; часто — алкоголизация, повторные ЧМТ и т. п.

Положительная динамика редка; усиливаются конфликты в социальных группах.

Дифференциальный диагноз — психопатии, психопатоподобный дебют шизофрении.

В социальной психиатрии важно оценивать:

— стойкость и выраженность синдрома;

— сочетание с другими синдромами;

— ограничение жизнедеятельности в ситуациях «семья», «социальная группа», «образование», «работа».

Основные синдромы психотического регистра при органических поражениях головного мозга в социальной психиатрии указывают на неблагоприятный прогноз, на возможность присоединения иного заболевания.

Наиболее часто встречаются галлюцинаторный и параноидный синдромы.

Галлюцинаторный синдром — в периоде отдаленных последствий может приобретать стойкий, хронический характер. По структуре — вербальный истинный или псевдогаллюциноз; не развивается; не усложняется; возможно присоединение тактильных или обонятельных расстройств восприятия; бредовые идеи вторичны, малого размаха, т. н. «кухонный бред».

Параноидный синдром — идеи отношения, преследования, иногда ревности или отравления, в сочетании с вербальным галлюцинозом; синдром не развернут, примитивен; возможна комбинация с состояниями нарушенного сознания; не трансформируется ни в синдром Кандинского, ни в парафренный.

Таким образом, при органических поражениях головного мозга с нервно-психическими нарушениями в социальной психиатрии для решения реабилитационных и экспертных задач необходимо:

1. Сформировать в полном объеме развернутый клинико-функциональный (реабилитационный, экспертный) диагноз.

2. Определить этап (стадию) течения органического процесса.

3. Оценить динамику и степень выраженности основных синдромов, ограничивающих жизнедеятельность.

4. Учитывать «многослойность» симптоматики.

5. Учитывать возможность формирования синдромов личностного и субстратного («мозгового») регистра.

6. Сочетать в полном объеме курсы патогенетической и синдромальной терапии.

7. При организации **ИПР** четко реализовать все три аспекта **ИПР** — медико-биологический, психологический и социальный.

Опыт последних лет показывает целесообразность применения в рамках медико-биологического аспекта реабилитации больных с органическими поражениями головного мозга небольших доз рисполепта и ципрамила. Данные многолетнего использования ноотропила при данной патологии показывают, что его применение позволяет не только улучшить социальный статус больных, но и существенно снизить затраты, связанные с их обслуживанием.

Глава 6

ШИЗОФРЕНИЯ

Настоящая глава обращена прежде всего к социальным психиатрам, имеющим дело с этапами послабления продуктивной симптоматики, когда возникает необходимость уточнения диагноза и возникают проблемы в оценке степени ограничения жизнедеятельности и решении вопросов судебной (вменяемость, дееспособность) и военной экспертизы. Особое внимание в разделе обращено на подходы и принципы формирования ИПР в периоды ремиссии.

Понимая, что шизофрения есть «огромная клиническая реальность» (Шульте) и ее изучению посвящено огромное количество исследований, представляется крайне важным в море фактов, суждений, представлений, позиций и т. п. проложить не столько личный курс автора, сколько осмыслить, интегрировать представления о клинике, патогенезе и возможностях реабилитации при шизофрении, сформировавшиеся в российской и мировой психиатрии к началу XXI века.

Шизофрения, бесспорно, является краеугольным камнем классической «большой» психиатрии. На ней сталкиваются наиболее значимые проблемы «ургентной» и социальной психиатрии, вопросы нозологии и антинозологии, принципы постановки клинического, клинико-экспертного и реабилитационного диагноза; отрабатываются схемы терапии и реабилитации психически больных,

различные аспекты их интеграции в социум, вопросы медико-биологического и социального прогноза.

Проблема шизофрении есть проблема и концептуально-философская. На ней отрабатываются соотношения причины, условия, следствия; соотношения личности и субстрата; взаимодействия психического и соматического (субстратного) регистров; понятия патопластического фона, провоцирующих и осложняющих составляющих и т. д.

При постановке диагноза «шизофрения» отрабатываются и шлифуются вопросы дифференциальной диагностики, способность к клиническому, экспертному и реабилитационному мышлению, формируется клинически убедительная система доказательств; складывается в единую картину мозаика клинических, социальных и психологических составляющих. На ней отрабатывается единый семантический психиатрический аппарат. Она оказывает влияние не только на всю психиатрию, но и на психологию, мировоззрение, искусство (Ницше, Шопенгауэр, Клейст, В. Хлебников и др.).

Наконец, больной шизофренией есть основной объект реабилитологии в социальной психиатрии, центральное звено медико-социальной, судебной и военной экспертизы лиц с нервно-психическими нарушениями.

Накопленный опыт позволяет нам несколько более широко и интегративно проанализировать современные представления о шизофрении, определить методологические и концептуальные позиции, сложившиеся на рубеже столетий.

В соответствии с этим, настоящая глава состоит из нескольких частей:

1. Современная актуальность проблемы.
2. Семиотика и основные этапы развития шизофренического процесса.
3. Типы и темпы течения шизофрении.
4. Ремиссии при шизофрении.
5. Динамика ремиссий и формы компенсации.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Данные о распространенности шизофрении в мире практически не сопоставимы. Эти различия обусловлены рядом причин:

— расхождениями в диагностике;

— различной выявляемостью;

— различным представлением о «норме» и патологии психической деятельности в разных социальных культурах и группах.

1. *Расхождения в диагностике* оказывают значительное воздействие на социально-гигиеническую характеристику.

Они обусловлены:

— психиатрической «шкалой»;

— отношением социума к душевнобольным («три пишем — два в уме»);

— обычными общими клиническими ошибками — следствием отсутствия информации или профессиональной некомпетентности;

— личной ориентацией врача-психиатра;

— установкой на оценку синдрома(-ов) в целом, а не на синдромокинез, структуру (типологию), смену синдромов, их соотношения и взаимодействие.

Представляется, что одной из задач настоящей главы является попытка, в возможной мере, на основе единого методологического подхода к психиатрическому диагнозу, нивелировать «ошибки школы» и «личной ориентации».

2. *Различная выявляемость* — понятие «айсберга» — базируется на нескольких составляющих:

— организация и уровень психиатрической помощи;

— «молодая» или «старая» страна (продолжительность жизни) — чем «старее» страна, тем больше больных шизофренией;

— наличие или отсутствие системы динамического наблюдения (Россия — наблюдения в ПНД) и т. п.

3. *Различные представления о «норме»* психической деятельности:

— отношение социальных групп к психически больным: чем нетерпимее — тем выше показатель распространенности;

— распад патриархальной семьи — больше выявляемость;

— миграция по болезненным мотивам в определенные регионы или социальные сообщества (пример — миграция душевнобольных в Казахстан в период освоения целины);

— отношение к «социальному дрейфу» — «бессознательному», «стихийному» снижению по социальной лестнице: бомжи, бродяги и т. д.

По данным ВОЗ складывается лишь впечатление о преобладании основных психопатологических синдромов. Например, в Азии больше кататоний, в Африке — состояний с онейроидным компонентом, в Европе — параноидных расстройств.

Более точные данные можно привести по СССР (наблюдение в ПНД) — 5,1 на тысячу населения (Вартанян, Жариков, Зеневич), что, однако, вызывает сомнения. Свыше 50 % больных находятся в социально-активном возрасте: до 19 лет — 32 %; 20—29 лет — приблизительно 34 %; 30—39 лет — 18 %; 40—49 лет — 8,5 %, в связи с чем возникает особая социальная значимость их реабилитации. При этом на медико-биологический прогноз течения шизофрении применение психотропных средств практически не влияет.

За последние 30 лет отчетливо прослеживается патоморфоз шизофрении (изменение клиники, типа и темпа течения) в сторону увеличения числа медленно-прогредиентных и периодических вариантов течения. При таких вариантах течения резко увеличиваются компенсаторно-адаптивные возможности больных и улучшается социальный прогноз.

Больные с «вялотекущей» и «простой» шизофренией (медленно-прогредиентный тип течения) составляют около 29 %, «периодической» — 19 %, что в совокупности дает 48 % всей популяции. На т. н. »злокачественную» шизофрению падает к концу XX века лишь около 6,5 % больных (Серебрякова, Красик, Мелехов).

К настоящему времени без существенных ограничений жизнедеятельности или имеют ограничения 1-й степени приблизительно 54,5 % лиц, страдающих шизофренией. Более того, в высококвалифицированных сферах деятельности занято свыше 30 % лиц, страдающих шизофренией.

Таким образом, к концу XX века возникает необходимость в социальной психиатрии существенно пересмотреть традиционное представление о шизофрении как грубо-прогредиентном заболевании, резко снижающем реабилитационный потенциал индивида. Следовательно, на рубеже столетий необходимо по-новому оценить с учетом патоморфоза заболевания, появления психотропных препаратов, новой социально-психологической ситуации в России потенциальные возможности больных шизофренией к адаптации в социуме.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ

На рубеже столетий в социальной психиатрии возникает особая необходимость подвести некоторый итог, осмыслить, «остановиться и оглянуться», понять, как развивалось учение о шизофрении и как «эта огромная клиническая реальность, которая познается не в простых, осязаемых объективных признаках, а как некая душевная совокупность» (Яспере, 1922).

Как известно, современные представления о шизофрении выросли из учения Э. Крепелина о раннем слабоумии (1896). Почти одновременно В. Х. Кандинский описал «идеофрению», а С. С. Корсаков «дизнойю», в которых узнаются черты современной шизофрении.

Концепция Крепелина базировалась на:

— учении Мореля о раннем слабоумии вследствие «дегенерации» (1857);

— учении Кольбаума о катотонии (1874);

— учении Геккера о гебефрении;

— учении Маньяна о хроническом бредовом помешательстве.

В основу концепции Э. Крепелин положил несколько составляющих:

— начало в молодом возрасте;

— наследственная обусловленность;

— деструктивный характер процесса.

Однако уже в 1911 г. Е. Блейлер начал ревизию учения Крепелина, показав, что описанная им симптоматика далеко не всегда ведет к слабоумию.

Постепенно стройная концепция Крепелина начала разваливаться и подвергаться дальнейшей ревизии, что привело к крайнему разнообразию представлений об этиологии и патогенезе шизофрении.

Несмотря на это, все концепции шизофрении очень общно разделяются на две большие группы.

1. *Эндогенная группа теорий* — шизофрения есть генетически обусловленный психоз.

Так, например, по мнению Юдина, шизофрения есть «унаследованный по доминантному или рецессивному типу психоз»; Виммэ — «аутохтонный наследственно-дегенаративный психоз» и т. п. Наследственной (эндогенной) концепции шизофрении придерживались Гофман, Кан, Рюдин, Лобштейн, Смит и др.

При шизофрении наследственная отягощенность разными авторами определяется от 25 до 70 %.

Однако прямой наследственной зависимости никто из последователей убедительно не показал. Не смог достоверно подтвердить эту зависимость и М. Блейлер при анализе материалов Цюрихской клиники.

Постепенно к концу XX века стало ясно, что в развитии шизофрении наследственная отягощенность является не прямым этиологическим, а *патопластическим* фактором, неблагоприятной почвой, способствующей более легкому «уходу» индивида в шизофренический процесс.

2. *Экзогенная группа концепций* — по существу разделяется на две подгруппы: инфекционно-аллергического и шизофренического психогенеза.

Инфекционно-аллергические теории:

— колибациллярная (Клод, Бускаино);
— туберкулезная (Левенштейн, Тулоиз);
— стрептококковая (Чистович);

— вирусная (Малис) и др. — представляют по существу к концу века лишь *исторический* интерес, несмотря на то, что т. н. «шизофренический соматоз» действительно имеет место и играет определенную роль в *патогенезе* (но не в этиологии!) заболевания.

Теории шизофренического психогенеза к концу века становятся все более предпочтительными. Основная идея — под воздействием фрустрирующей ситуации происходит регресс «Я» на ранние стадии развития, в частности, с позиций неофрейдизма, возврат к стадии нарциссизма, в переживания раннего детства. Салливен (США) подчеркивает, что больной шизофренией — «средой отвергнутое дитя», которое уходит в болезнь для «символического исполнения желаний» и т. п.

В задачу Руководства не входит подробный анализ современных концепций шизофрении. Однако, подводя некоторые итоги изучения проблемы на протяжении столетия, следует подчеркнуть, что наследственная недостаточность, не являясь прямой этиологической причиной, играет существенную роль как неблагоприятный патопластический фон, который облегчает развитие заболевания, участвует в формировании клинической симптоматики, типа и темпа патологического процесса, обусловленного специфическими фрустрационно-аутопсихологическими механизмами.

Однако, прежде чем переходить к клинико-социальному анализу симптоматики, представляется важным определить понятие шизофрении.

Под шизофренией понимается постепенно нарастающая дезорганизация психической деятельности, приводящая к разрыву социальных связей и к специфической дезинтеграции эмоционально-волевых и мыслительных функций.

В проблеме шизофрении многое по-прежнему остается неясным, и лишь последующие поколения смогут определить, является ли рубеж тысячелетий действительно новой вехой в учении о шизофрении.

Вместе с тем шизофрения есть объективная клиническая и социальная реальность. Поэтому на нашем уровне знаний предстоит в XXI веке решать вопросы диагностики, лечения, экспертизы,

социальной защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, которое мы называем шизофренией.

В социальной психиатрии проблема реабилитации и социальной защиты больных шизофренией требует интегративного подхода ко всей совокупности факторов, ограничивающих их жизнедеятельность и снижающих качество жизни.

Естественно, что развернутый клинико-экспертно-реабилитационный диагноз при шизофрении строится по общему принципу. Вместе с тем наряду с анализом провоцирующей составляющей клинической симптоматики, осложняющими факторами и особенностями патопластического фона необходимо оценивать при вынесении экспертно-реабилитационного диагноза:

— особенности продуктивной симптоматики;
— тип течения заболевания;
— темп его развертываемости;
— стадию (этап) течения процесса.

В социальной психиатрии особое значение имеет анализ периодов послабления заболевания (ремиссий), в частности этапов «организации» ремиссий:

— этап формирования ремиссии;
— этап становления ремиссии;
— этап стабилизации ремиссии.

Это тем более важно, что именно в этот период течения болезни проводятся основные реабилитационные мероприятия и существенно может меняться терапия.

В структуру развернутого реабилитационного диагноза входит также клинико-прогностическая оценка:

— типа ремиссий (астенический, параноидный и т. п.);
— степени их выраженности и стойкости.

Более подробно этот вопрос будет анализироваться в разделе «ремиссии».

Таким образом, в социальной психиатрии при постановке развернутого реабилитационного диагноза целесообразно анализировать следующие его составляющие:

— этап развития заболевания;

— тип и темп течения;

— основные дезадаптирующие синдромы («позитивного» и «негативного» регистров);

— тип ремиссии (т. н. «дефекта»), ее стойкость и степень выраженности;

— компенсаторные возможности личности (реабилитационный потенциал, степень ограничения жизнедеятельности).

Прежде чем переходить к последующим разделам, целесообразно остановиться на некоторых аспектах семиотики шизофрении.

СЕМИОТИКА ШИЗОФРЕНИИ

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях особую клинико-экспертную значимость имеют т. н. основные, «кардинальные» симптомы шизофрении, поскольку они наиболее часто приводят к стойкой социальной дезадаптации.

К ним принято относить:

1. *Дискордантность эмоциональной сферы* — изменение эмоционального тона к «стержневым» чувственным интересам, свойственным ранее больному (изменение эмоционального тона восприятия, эмоционального «познания» — к родным, близким, работе, учебе, увлечениям и т. п.).

Варианты:

— дискордантность эмоций;

— неадекватность;

— эмоциональная амбивалентность;

— эмоциональное уплощение;

— эмоциональное оскудение;

— эмоциональная тупость.

2. *Дискордантность мышления* — разрыхление, разрыв, дезинтеграция логически-ассоциативных связей в виде специфических нарушений мышления, расстраивающих деятельность индивида.

Варианты:
— резонерство;
— философическая «интоксикация»;
— «соскальзывания»;
— паралогичность;
— атактические замыкания;
— шизофазия («словесная окрошка»).

3. *Дискордантность воли* — расстройство, снижение побудительных мотивов к *привычным* волевым стереотипам в деятельности — в самообслуживании (личная гигиена, уборка, приготовление еды и т. п.), в получении образования, в работе, в социальных контактах.

Варианты:
— дезинтеграция волевых усилий;
— гипобулия;
— абулия.

4. *Память и интеллект* формально сохранены. Дезадаптация обусловлена аутизмом, снижением энергетического потенциала, побудительных мотивов, особенностями мышления, приводящими к отсутствию критики к создавшейся социально-психологической ситуации.

Отсюда — специфичность, «особость» шизофренического «слабоумия». Нейролептики, «госпитализм», неадекватная ИПР усиливают снижение энергетического потенциала.

Современный патоморфоз шизофрении проявляется, в частности, и в том, что «кардинальная триада» проявляется клинически не всегда убедительно. Нередко более выражена либо одна, либо другая группа расстройств.

Анализ стойкости и степени выраженности дефицитарной симптоматики и ее верификация через деятельность — важный оценочный фактор в МСЭ и реабилитации.

«ПОЗИТИВНАЯ» («ПРОДУКТИВНАЯ») СИМПТОМАТИКА

В целом эти расстройства эквифинальны (И. В. Давыдовский) и не специфичны.

Однако ее синдромокинез, типология, комбинаторика, смена синдромов позволяют уточнить диагноз.

Расстройства восприятия различны — слуховые, обонятельные, зрительные (обычно в рамках онейроида), тактильные, вкусовые, соматические галлюцинации.

Особенности (типология) — связь с расстройствами мышления и эмоций; нелепость, парадоксальность, вычурность, отсутствие эмоционально-адекватного поведения и т. п.

Болезненные идеи — возможен полный «набор» — сверхценные, навязчивые, бредовые. Содержательная их сторона также различна — отношения, преследования, воздействия, величия, ипохондрические и т. д. Наиболее глубоко дезорганизуют деятельность бредовые идеи.

Бредовые идеи — ошибочные суждения и умозаключения, возникшие на болезненной основе, крайне эмоционально значимые, обладающие *специфическим механизмом развития и особой системой доказательств.*

Особенности болезненных идей при шизофрении — их своеобразие, парадоксальность, невыводимость, паралогичность, сочетание со структурными нарушениями мышления. Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что современный патоморфоз шизофрении значительно «приземлил», сделал более обыденной их содержательную сторону.

В соответствии с этим следует особо отметить, что бред как синдром не патогномоничен и при диагностической задаче необходим анализ всей совокупности симптоматики.

Другие «позитивные» синдромы (гебоидная симптоматика, ступор, кататоническое возбуждение) в социальной психиатрии имеют

меньшее значение и встречаются крайне редко. Следует, однако, обратить внимание на возможность их сочетания с маниакальными и депрессивными состояниями.

ЭТАПЫ (СТАДИИ) РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

В шизофрении, как при всяком прогредиентно-текущем заболевании, необходимо выделять стадии (этапы) его развития.

Для деятельности социального психиатра целесообразно в течении шизофрении выделять три этапа:

— стадия начальных проявлений;

— стадия «расцвета» симптоматики;

— стадия исхода (конечное состояние).

В зависимости от стадии заболевания по-иному могут расставляться акценты в реабилитационных мероприятиях, хотя все основные аспекты реабилитации и оценки ограничения жизнедеятельности присутствуют (социальный, медицинский и психологический).

1. Стадия начальных проявлений.

На этой стадии основным является постановка развернутого клинико-функционального диагноза с уточнением роли осложняющих, провоцирующих и патопластических факторов:

— дифференциально-диагностический «веер»;

— активная медикаментозная терапия (амбулаторно или стационарно);

— первичная оценка реабилитационного потенциала;

— возможная переориентация личности на новые жизненные цели, формы деятельности, социально-психологическую ориентацию;

— профилактика инвалидности — профориентация и переориентация, рациональное трудоустройство и т. п.

Основной задачей на стадии начальных проявлений является максимальное сохранение всех форм жизнедеятельности, полная социально-психологическая адаптация.

При *остром* начале заболевания короткий неврозоподобный период обычно клинически не проявляется (протекает «субклинически»). Выраженная социальная дезадаптация обусловлена ОЧБ, грубыми аффективно-бредовыми расстройствами, кататоническими стигмами. «Дебют» заболевания прослеживается в рамках «ургентной» психиатрии.

Подострое начало (недели, месяцы) — формируется отчетливо выраженная неврозоподобная или психопатоподобная симптоматика, дисморфофобии, навязчивости, возможно формирование дефицитарной симптоматики (апато-абулический вариант), философической интоксикации, резонерства и т. п. Постепенно нарастает социальная дезадаптация в типовых жизненных ситуациях — «работа», «образование», «семья», «социальная группа» и т. п. В дальнейшем — переход на стадию «расцвета» симптоматики и перерастание непсихотического регистра в психотический.

Медленное развитие заболевания — начальный этап может длиться годы. Основной регистр симптоматики — непсихотический:

— неврозоподобная симптоматика (неврастенический симптомокомплекс, фобические расстройства, обсессивные, истероформные, ипохондрические);

— психопатоподобная симптоматика — т. н. психастения с навязчивостями и дисморфофобиями, нарастание эмоциональной холодности, аутизма, возможно формирование сверхценных идей паранойяльного круга, снижение энергетического потенциала и т. д.

Представляется, что т. н. «вялотекущая» шизофрения есть растянутый во времени начальный этап заболевания.

При *подостром и медленном развитии* шизофрении возможны значительная адаптация личности к болезни и социально-психологическим возможностям, самостоятельный поиск нового жизненного стереотипа и социальной «ниши».

Для социального психиатра при таком развитии процесса важны организация внебольничной терапии, формирование комплексной ИПР и при необходимости проведение МСЭ для решения вопроса о степени ограничения жизнедеятельности с учетом стойкости и выраженности симптоматики.

2. Стадия «расцвета» симптоматики.

На этой стадии основными клинико-реабилитационными мероприятиями являются:

— уточнение диагноза;

— уточнение типа и темпа течения;

— уточнение особенностей ремиссий (см. раздел «ремиссии»);

— формирование социально-психологических форм компенсации через различные формы деятельности (т. н. «лечебный» и «компенсаторный» труд);

— решение вопросов социальной защиты.

Основная цель — устойчивая социальная адаптация, возможно по типу «второй» жизни. Для решения поставленной цели — формирование и реализация комплексной, поэтапной ИПР.

На стадии «расцвета симптоматики» отчетливо прослеживаются основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность.

Чаще всего дезадаптируют больных галлюцинаторно-бредовые синдромы (параноидный, синдром Кандинского-Клерамбо, парафренный и т. д.). В социальной психиатрии и МСЭ следует оценивать их стойкость и выраженность, резистентность к терапии, аффективную заряженность, возможность диссимуляции, соотношение поведения с социальными контактами в целом и с бредовыми переживаниями.

В связи с патоморфозом шизофрении значительно уменьшилось число больных, у которых ведущим дезадаптирующим синдромом являются расстройства гебоидного круга и двигательные нарушения (ступор-возбуждение).

Эти синдромы обычно купируются в рамках «ургентной» психиатрии. Формирование ИПР, оценка степени ограничения жизнедеятельности должны проводится, как правило, после купирования и послабления симптоматики на этапе формирования или становления ремиссии.

3. Стадия исхода заболевания («конечное состояние»).

Наиболее характерным признаком является отсутствие *динамики* симптоматики.

В социальной психиатрии и МСЭ принято выделять два варианта «исхода»:

1) *остаточные, застывшие симптомы* прошлой продуктивной симптоматики в сочетании с апато-абулическими и мыслительными нарушениями. Возможны стигмы (включения) галлюцинаторные, галлюцинаторно-бредовые, кататонические, гебоидные;

2) *т. н. шизофреническое слабоумие* (без продуктивных симптомов). Основные дезадаптирующие феномены — абулия, эмоциональная тупость, расстройства мышления.

Основной принцип — симптоматика «стойкая», без динамики. Стойкие ограничения жизнедеятельности (в самообслуживании, социальных контактах, передвижении, обучении, работе) достигают второй, а порой и третьей степени.

Основная реабилитационная задача — не столько расширить, сколько сохранять уровень качества жизни. Возможна частичная реабилитация по типу «второй жизни». Медико-биологический и психологический аспекты реабилитации отходят на второй план; ведущим становится аспект социальной адаптации.

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях тип течения шизофрении позволяет:

— уточнить реабилитационный прогноз;

— целенаправленно проводить профилактику обострений (приступов);

— оценить реабилитационный потенциал личности;

— сформировать ИПР с учетом типа течения;

— в МСЭ при психических болезнях тип и темп течения являются важными составляющими развернутого клинико-функционального диагноза и, в дальнейшем, экспертного решения.

Вместе с тем следует особо подчеркнуть, что основные дезадаптирующие синдромы и тип ремиссии более значимы при вынесении экспертного решения и формировании ИПР.

Таким образом, в социальной психиатрии и МСЭ крайне важен интегративный подход к формированию клинико-экспертно-реабилитационного диагноза, включающего в себя не только типологию дезадаптирующей симптоматики и сохранившейся личностной структуры, но и тип течения и его темп.

1. Непрерывно-прогредиентный тип течения (непрерывнотекущая шизофрения).

В целом является основным. Характеризуется:

— единым стереотипом развития болезни;

— инертностью развертывания клинической симптоматики;

— отсутствием тенденции к спонтанному ремиттированию;

— отсутствием рефлексии (критики к болезни и создавшейся социально-психологической ситуации);

— появлением с начала заболевания дефицитарной симптоматики (снижение энергетического потенциала, расстройства мышления).

По *темпу* развития симптоматики выделяют:

а) медленно-прогредиентный темп течения (т. н. «вялотекущая шизофрения»), который характеризуется:

— растянутым во времени начальным этапом (первой стадией);

— симптоматика, в основном, непсихотического регистра (неврозоподобные расстройства — неврастенические, обсессивно-фобические, ипохондрические, истероформные);

— возможно формирование психопатоподобных расстройств;

— возможны сверхценные идеи различного содержания;

— постепенное медленное снижение энергетического потенциала;

— нарастание аутизма.

От начала заболевания до стадии «расцвета» — 10—20 и более лет.

Компенсаторные возможности личности велики, ИПР достаточно эффективна. Глубокая социальная дезадаптация редка, ограничение жизнедеятельности обычно достигает лишь первой степени, крайне редко второй степени.

б) средне-прогредиентный темп развития заболевания (тип течения — непрерывно-прогредиентный):

— *начальная стадия* заболевания протекает подостро или остро (см. стадии шизофрении);

— значительно выражены неврозоподобные расстройства, порой достаточно полиморфные;

— отчетливо обнаруживаются расстройства мышления, снижение энергетического потенциала;

— *на стадии «расцвета» симптоматики* — галлюцинаторно-бредовые синдромы с постепенным или острым формированием синдрома Кандинского-Клерамбо (галлюцинаторный или бредовый вариант);

— в дальнейшем постепенная парафренизация синдрома;

— *исходное состояние* — выраженный дефект с эмоционально-волевыми и мыслительными нарушениями; возможны кататонические и конфабуляторно-бредовые эпизоды.

Ограничения жизнедеятельности значительны. Особенно на стадии «расцвета» симптоматики. Ремиссии лекарственно обусловлены. Нередко возникает необходимость определения второй группы инвалидности в связи с ограничением второй степени в ситуациях «работа», «учеба», «передвижение», «социальные контакты». ИПР должна реализовываться по всем трем составляющим, причем очень важна этапность реализации ИПР. Особое внимание следует обратить на стойкость и клинические особенности ремиссии, компенсаторные возможности индивида.

в) быстро-прогредиентный темп течения заболевания (злокачественный):

— в настоящее время встречается значительно реже;

— характерно начало в детско-подростковом и юношеском возрасте;

— не устоявшийся (или не сформированный) жизненный стереотип легко разрушается;

— крайне высокая резистентность к терапии.

Начальная стадия протекает подостро, начинается с быстрого формирования дефицитарной (негативной) симптоматики;

— основное — резкое снижение энергетического потенциала, расстройства мышления;

— социальная дезадаптация обусловлена ситуативно-неадекватным поведением в типовых ситуациях «образование», «семья», «социальные контакты».

На стадии «расцвета» симптоматики присоединяются гебоидные расстройства, возможно формирование кататонии, параноидных структур:

— характерен высокий полиморфизм симптоматики без существенной систематизации;

— продуктивная симптоматика «оскольчата», «калейдоскопична»;

— синдромокинез и типология синдрома атипичны;

— продолжается нарастание дефицитарных синдромов.

Исходное состояние — грубый шизофренический дефект с тяжелыми апато-абулическими расстройствами и выраженными (вплоть до «словесной окрошки») нарушениями мышлениями.

Ограничения жизнедеятельности настолько велики, что иногда возникает необходимость определения I группы инвалидности (необходимость постоянного постороннего надзора и ухода). Нередко такие больные направляются в ПНИ. Основная реабилитационная цель — возможность самообслуживания и социально-бытовая адаптация. На разных этапах течения заболевания необходима массивная, пролонгированная лекарственная терапия, не только седативными, но и энергезирующими препаратами. В дальнейшем — реабилитация по типу «второй жизни».

2. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип течения.

Основной критерий — сочетание непрерывно текущего процесса с постепенным углублением дефицитарных расстройств и четко очерченных во времени приступов, принадлежащих другому регистру, «качественный скачок симптоматики».

Сложность клинико-социальной оценки адаптивных возможностей больного состоит в необходимости профилактики приступов и проведении поддерживающей, «фоновой» терапии в межприступный период.

При анализе реабилитационного прогноза следует учитывать возможность перехода шубообразного типа течения в непрерывно-

прогредиентный (Э. Я. Штернберг) через преобладание дефицитарной симптоматики («выход» ее на первый план) или «хронизирование» приступа.

По *темпу* течения приступообразно-прогредиентный тип течения делится на:

а) медленно-прогредиентный;
б) средне-прогредиентный;
в) быстро-прогредиентный.

а) Медленно-прогредиентный темп течения:
— много сходного с вялотекущей шизофренией;
— на *начальном этапе* — снижение энергетического потенциала малозаметно;
— значительна рефлексия, эмоциональная неустойчивость;
— нарастает аутизация, расстройства мышления (философическая интоксикация);
— социально дезадаптирует, в основном, неврозоподобная симптоматика (обсессивно-фобическая, сенесто-ипохондрическая);
— психопатоподобные расстройства дезадаптируют значительно реже;
— начальная стадия — до 3—6 лет после начала заболевания.
Основная реабилитационная цель на этой стадии — сохранение жизненного стереотипа, профилактика возможного приступа.
На *стадии «расцвета» симптоматики*:
— первые 1—2 приступа не выходят за рамки аффективных;
— однако структура их атипичная (апатическая депрессия, тревожная депрессия, маскированная депрессия, гипомания с гебоидными включениями и т. п.);
— повторные приступы углубляются, переходят к новому регистру (аффективно-галлюцинаторно бредовый синдром);
— в дальнейшем приступы протекают без усложнения синдрома.
На *стадии «исхода»*:
— дефицитная симптоматика выражена умеренно.

При реализации ИПР основное внимание следует уделять профилактике ярко аффективно окрашенных приступов. В период ремиссий особое значение имеет энергезирующая терапия. На период

обострений — временная нетрудоспособность. Оценка степени ограничения жизнедеятельности должна проводится после купирования приступа и стабилизации ремиссии.

Социально-психологические адаптивные возможности больных велики. Они охотно участвуют в формировании ИПР, понимают ее цели и задачи.

б) Средне-прогредиентный темп течения:

— *начальная стадия* протекает субклинически, значительной социальной дезадаптации больных обычно не отмечается. Иногда ретроспективно удается проследить короткий неврозоподобный этап или сверхценные паранойяльные идеи различного содержания;

— *стадия «расцвета»* — психопатологический регистр симптоматики характеризуется острым началом приступа (депрессия с бредом; бредовая мания, острый чувственный бред);

— приступы четко очерчены во времени;

— при повторных приступах присоединяется истинный вербальный галлюциноз;

— в дальнейшем формируется синдром Кандинского-Клерамбо (чаще — галлюцинаторный вариант);

— в последующем приступы в основном стереотипны.

На *стадии «исхода»* — дефицитарные расстройства достаточно выражены, возможно их сочетание со «стоячими» позитивными симптомами (отдельные галлюцинаторные переживания, отрывочные бредовые идеи, гебоидные включения).

При средне-прогредиентном темпе течения социальная дезадаптация больных, как правило, значительна. Основные ограничения жизнедеятельности обусловлены не только степенью выраженности и стойкостью негативной симптоматики, но и характером приступа, длительностью, отсутствием критики, повторяемостью и т. п.

Основные социальные модели, где проявляется деструктивное поведение, — «работа», «образование», «социальные контакты». Именно в связи с этим возникает необходимость социальной защиты обычно в рамках определения третьей или второй группы инвалидности.

При формировании ИПР следует особое внимание обратить не только на профилактику обострений, но и на повышение энергетического потенциала индивида в межприступный период, где в рамках системного подхода должны быть четко скоррелированы все три составляющие реабилитационного процесса.

в) Быстро-прогредиентный (злокачественный) темп течения.

Начальная стадия:

— резкое снижение энергетического потенциала;

— возможны деперсонализационные включения, идеаторные навязчивости, фобии;

— обычно возникает в подростковом или раннем юношеском возрасте;

— социальная дезадаптация глубока, особенно в ситуациях «образование», «самообслуживание», «социальные контакты».

Стадия «расцвета» симптоматики:

— формируются выраженные атипичные полиморфные приступы;

— гипомании — с грубым психопатоподобным рисунком поведения, гебоидными включениями, расторможенностью влечений, нелепыми отрывочными реформаторскими идеями;

— депрессии также атипичны — с кататоническим компонентом, преобладанием идеаторной заторможенности над аффектом тоски, с отрывочными идеями отношения и преследования, рудиментарными онейроидными расстройствами.

Через 3—4 приступа — глубокая социально-психологическая дезадаптация; выраженное стойкое апато-абулическое *исходное состояние* с расстройствами мышления, иногда с онейроидными или кататоническими стигмами. Возникает необходимость решать вопрос о первой группе инвалидности, помещении в ПНИ. Реабилитационный потенциал личности низкий. Возможна частичная реабилитация (самообслуживание) по типу «второй жизни».

3. Периодический (реккурентный) тип течения.

Прогностически в социально-психологическом плане достаточно благоприятен. Реабилитационный потенциал высок. Эффективность реабилитационных мероприятий значительна.

Характеризуется:

— периодичностью приступов;

— идентичностью или сходностью клинической картины приступов;

— приступы четко очерчены во времени;

— в приступах крайне значителен аффективный регистр;

— в межприступный период (ремиссия) не происходит снижения энергетического потенциала личности;

— расстройства структур личности невелики.

По существу — это т. н. шизо-аффективный психоз, с его характерными признаками — возвратный характер четко очерченного приступа и достаточно полная социальная адаптация в межприступный период.

Начальная стадия — коротка, протекает субклинически; иногда удается проследить короткий (2—3 недели) неврозоподобный этап.

Стадия «расцвета» симптоматики начинается остро:

— преобладают аффективные нарушения (депрессия, мания);

— в структуре аффективных расстройств, помимо классических компонентов (витальная тоска — резко повышенный фон настроения; двигательная заторможенность — двигательная гиперактивность; идеомоторная заторможенность — ускорение течения мыслей), имеются компоненты иного регистра симптоматики: галлюцинаторные переживания — истинные или псевдогаллюцинации, элементы синдрома Кандинского-Клерамбо;

— помимо характерных для аффективных переживаний бредоподобных идей самообвинения, самоуничижения или идей переоценки собственной личности легко присоединяются идеи отношения, преследования, иногда воздействия;

— при депрессии — присоединение кататонической симптоматики, онейроидных переживаний;

— типична тенденция к «сдвоению», «строению» приступов, если терапия недостаточно адекватна и пролонгирована;

— при последующих приступах аффективный регистр уменьшается по клинической значимости, акцент социальной дезадаптации падает на параноидные включения или онейроидно-кататонические;

— приступы расширяются по психопатологическим регистрам и углубляются.

В период ремиссий снижение энергетического потенциала незначительно. Адаптивные возможности личности высоки. Не прослеживается дискордантность мышления.

В структуре ремиссий на первый план выступает псевдоастенический радикал, рефлексия, ощущение своей измененности, некоторая инфантилизация личности, эмоционально-волевая дезинтеграция. Однако при повторении приступов, их расширении и углублении (отход от «клише») расстройства личности могут быть более выражены.

На стадии *«исхода»* формируется (наиболее часто) т. н. астенический тип расстройства личности, в структуре которого более или менее выражен апатический компонент, дискордантность волевых усилий, парадоксальность мышления, склонность к аутистическим инфантильным фантазиям. Иногда имеется сверхценное отношение к здоровью, ригидная «гиперстеничность».

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях при периодическом типе течения заболевания особое внимание следует уделять диагностике (на стадии «расцвета»). Прежде всего с так называемым «атипичным МДП».

Наш опыт показывает, что диагностические ошибки на стадии «расцвета», особенно при первых приступах, в дальнейшем серьезно затрудняют реабилитационный процесс. Наиболее часто это обусловлено недооценкой гетерономной для МДП симптоматики в структуре приступа (отдельные галлюцинаторные переживания, бредовая настроенность, гебоидный налет в поведении, кататонические стигмы и т. п.). Нередко диагноз «атипичный МДП» ставится по принципу «три пишем — два в уме». Дальнейшее течение «тайное делает явным», однако неточность диагностики (1—2-й приступ) значительно снижает эффективность реабилитационных мероприятий. В частности, недостаточное внимание уделяется профилактике обострений, поддерживающей и энергезирующей терапии; своевременно не решаются вопросы социально-трудовой и профессиональной реабилитации, профориентации, рационального трудоустройства и т. п.

При периодическом типе течения четкая очерченность приступов во времени, длительные периоды ремиссий, сохранность личностных структур, критика к болезненным переживаниям и создавшейся социально-психологической ситуации позволяют больным сохранить достаточно высокое качество жизни.

Поэтому, как правило, оснований для направления в бюро МСЭ нет. Определение третьей группы инвалидности возможно на период профессиональной переориентации.

Основой ИПР при данном типе течения является своевременная диагностика и профилактика обострений.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях анализ типологии дезадаптирующих синдромов, этапа заболевания, темпа и типа течения, основные реабилитационные мероприятия и оценка степени выраженности ограничений жизнедеятельности проводятся в период послабления симптоматики, т. е. в периоды ремиссии. Отсюда их особая экспертная и реабилитационная значимость.

РЕМИССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

В социальной психиатрии базисом всех реабилитационных программ при шизофрении является состояние ремиссии.

В период ремиссии в наиболее полном объеме должна реализоваться ИПР по всем трем аспектам: медико-биологическому, социальному и психологическому.

В ремиссии оценивается стойкость и выраженность ограничений жизнедеятельности, решаются наиболее сложные вопросы дееспособности, а порой и вменяемости.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях выделяют:

— этап формирования ремиссии;

— этап становления ремиссии;

— этап стабилизации ремиссии;

— а также тип ремиссии как стойкое, достаточно стабильное состояние.

Динамический подход к типу ремиссии обусловливает изменение врачебно-реабилитационной тактики. На каждом этапе послабления симптоматики необходима коррекция не только лекарственной терапии, но и конкретных социально-психологических мероприятий.

Состояние ремиссии следует отграничивать от:
— исходного состояния;
— дефекта;
— негативной (дефицитарной) симптоматики.

Представление о дефекте как «необратимом выпадении вследствие процесса» (М. О. Гуревич), «утрате лучшего, что составляло личность больного — живость и деятельность, деликатность и предприимчивость» (С. С. Корсаков, 1901) к концу XX века оказалось малоинформативным и недостаточным.

Действительно, трудно представить, что личность — это головка сыра, а болезнь, как мышь, выела кусок и оставила «дефект».

Поэтому в социальной психиатрии крайне важно положение Д. Е. Мелихова (1963), подчеркивавшего, что дефект не следует понимать только как «минус».

Понимание дефекта в социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях рассматривается в рамках **типа ремиссии.**

Тип ремиссии — сложный, стойкий симптомокомплекс, развивающийся в процессе течения заболевания, в формировании которого участвуют дефицитарная и остаточная позитивная симптоматика, сохранные структуры личности и компенсаторные личностные механизмы.

Следовательно, оценка степени ограничения жизнедеятельности, экспертное решение, ИПР, социальный прогноз в значительной мере обусловлены типом дефекта, его степенью выраженности, типологией (особенностями) и компенсаторными возможностями.

В социальной психиатрии и МСЭ принято выделять:
— астенический тип ремиссии;
— параноидный;
— апато-абулический;
— психопатоподобный.

1. *Астенический тип ремиссии* (около 28 %) — вследствие патоморфоза шизофрении, увеличения числа «легких» вялотекущих форм первый по частоте. Характеризуется:

— дефицитарная (негативная) симптоматика невелика;

— остаточных стигмов обострения не прослеживается;

— интеллектуальный потенциал сохранен;

— сохранены прежние жизненные и профессиональные знания, навыки, опыт;

— мотивация (цели, идеалы, установки) личности не изменились;

— имеется снижение энергетического потенциала личности;

— формируется астенический личностный радикал (неуверенность, психастеничность, некоторая аутизация, истощаемость и утомляемость в деятельности, обусловленная апатическим компонентом).

При организации ИПР следует особое внимание обратить на профилактику обострений, введение энергизирующих препаратов, в частности, малых доз рисполепта, клопиксола, флюанксола и ципрамила, в терапевтический комплекс, крайне важными являются социально-психологические аспекты реабилитации, в частности:

— формирование оптимального контакта;

— коррекция внутренней модели болезни;

— формирование установки на жизнь в социуме без снижения качества жизни.

При астеническом типе ремиссии в МСЭ возможно определение III группы инвалидности на период профессиональной переориентации.

2. *Параноидный тип ремиссии* (до 25 %) характеризуется:

— дефицитарная симптоматика (снижение энергетического потенциала, расстройства мышления) выражена значительнее. Имеется дискордантность в эмоционально-волевой сфере;

— возможны отдельные «застывшие» резидуальные бредовые переживания, отдельные галлюцинаторные включения без тенденции к систематизации и развитию, без аффективной заряженности;

— интеллектуальные возможности сохранены, так же как и профессиональные знания, навыки, опыт;

— возможно изменение мотивации личности и системы социально-психологических отношений из-за подозрительности, настороженности, недоверчивости;

— формируется склонность к сверхценным образованиям — идеям ревности, реформаторства, отношения.

Адаптивные возможности обусловлены как прошлым реабилитационным потенциалом личности (интеллект, мотивация, характер), так и соотношением личности и прежних бредовых переживаний, что может значительно расширить сферу жизнедеятельности.

Расширяют сферу жизнедеятельности:

— появление критики;

— длительная диссимуляция;

— дезактуализация бреда;

— изоляция остаточных бредовых расстройств (бредовые переживания отдельно, жизнь — отдельно);

— отсутствие аффективного компонента.

Ограничения жизнедеятельности определяются установками личности, ее направленностью, прошлыми знаниями и опытом, а также особенностями параноидной симптоматики в период обострения.

Легкая степень выраженности параноидной ремиссии (критика, длительная дезактуализация или диссимуляция без аффективной заряженности) — больные достаточно адаптированы в основных жизненных ситуациях — «семья», « самообслуживание», «работа», «учеба», «передвижение», «социальные контакты».

Средняя (умеренная) степень выраженности характеризуется значительным аффективным компонентом, «оживляющим» прошлую бредовую симптоматику. Возникают ограничения жизнедеятельности преимущественно в ситуациях, связанных с социальными контактами (система «Я»—«группа»), т. е. «образование», «работа», иногда «передвижение», что является основанием для определения (III—II) группы инвалидности.

При параноидном типе ремиссии в *выраженной степени* аффективный компонент значителен, отсутствует критика, отдельные галлюцинаторные переживания глубоко дезорганизуют деятельность

индивида в целом и больные нуждаются в социальной защите (обычно II группа инвалидности).

При организации ИПР больным с параноидным типом ремиссии необходимо особое внимание уделять анализу реабилитационного потенциала в целом (мотивационный и эмоционально-волевой);

— соотношению личностных установок и прошлых бредовых переживаний;

— целесообразно рекомендовать формы деятельности, связанные с ограничением круга социальных контактов, без фрустрирующих ситуаций, с четко ограниченным кругом обязанностей и т. п.

Не следует без особой необходимости напоминать больным и пытаться вместе с ними анализировать дезактуализированную симптоматику и добиваться формальной критики, поскольку возможно «оживление» прошлых переживаний.

Четко организованная, нередко под контролем родных, поддерживающая терапия и профилактика обострений, активное вовлечение в различные формы социально приемлемой деятельности — в семье, в группах по интересам и т. п., формирование оптимального контакта, некоторая коррекция внутренней модели болезни, своевременная профессиональная переориентация также способствуют успеху реабилитационного процесса.

3. *Апато-абулический тип ремиссии* — в последние десятилетия встречается все реже (7—9 %), что, вероятно, обусловлено современным патоморфозом шизофрении.

Характеризуется:

— дефицитарная симптоматика значительна, особенно эмоционально-волевая составляющая;

— расстройства мышления зависят от степени выраженности негативных расстройств;

— снижение энергетического потенциала отчетливо прослеживается в мотивационной сфере и системе отношений — «Я»—«Он»; «Я»—«группа»; «Я»—«созидающая деятельность».

Несмотря на сохранность интеллектуального потенциала, прошлого опыта, навыков, умений, профессиональных знаний, снижение

мотивации к деятельности и эмоционального тона восприятия могут вести к значительной социальной дезадаптации.

В личностном плане больные не только эмоционально монотонны, но порой излишне прямолинейны, ригидны, упрямы, настойчивы, исполнительны, даже пунктуальны.

Как вариант, возможна сверхценная установка на избранные формы деятельности (т. н. «псевдоэпилептический радикал»).

В целом эмоциональная тонкость нюансов «Я»—«мир» нивелируется, формируется монотонная ригидность, что позволяет удерживаться в социальных группах и в профессиональной деятельности.

При легкой степени выраженности дефицитарной симптоматики на первый план выступают элементы резонерства, философической интоксикации в сочетании с эмоциональной монотонностью и ригидностью.

При средней (умеренной) степени выраженности апато-абулической симптоматики формируется эмоциональная притупленность, усиливается дискордантность мышления, отсутствует критика к создавшейся социально-психологической ситуации, а не только к болезни.

Выраженная (глубокая) степень характеризуется грубой дезорганизацией мышления, что ведет к ситуативно неадекватному поведению.

При легкой степени выраженности указанных нарушений больные могут быть достаточно адаптированы в ситуациях «самообслуживание», «работа», «образование», «социальные контакты» и нередко не нуждаются в социальной защите.

При средней (умеренной) степени выраженности такая необходимость возникает и приходится решать вопрос об определении III или II группы инвалидности. Ограничения жизнедеятельности первой и второй степени, как правило, возникают в ситуациях «работа», «образование», «социальные контакты».

Выраженная степень резко ограничивает жизнедеятельность, в частности из-за расстройств мышления, что делает необходимым определение не только второй, но иногда и первой группы инвалидности.

В формировании ИПР при апато-абулическом типе ремиссии особое внимание следует уделять энергезирующей терапии, а в социально-психологическом аспекте ориентировать родных, близких на ступенчатую активацию деятельности больного и расширение социальных контактов. Оценивая реабилитационный (эмоционально-волевой) потенциал, следует помнить старое правило — «чем выше гора, тем дольше с нее съезжают». Это относится и к больным с апато-абулическим типом ремиссии.

4. *Психопатоподобный тип ремиссии* — формируется достаточно часто (около 20 %). Более характерен для приступообразно-прогредиентного типа течения.

Он характеризуется формированием нового личностного радикала (или его значительным заострением), что указывает на своеобразие компенсаторных механизмов личности.

Развивающаяся деформация личности есть следствие «сплава» нарастающей аутизации, изменений в эмоционально-волевой сфере и новых ценностей, идеалов, установок, направленности.

Основные ограничения жизнедеятельности обусловлены ситуативно-неадекватным поведением в социальных группах, в системе «Я»—«группа».

Вместе с тем, несмотря на срывы адаптации, основная реабилитационная цель — социализировать деятельность индивида через стойкую интеграцию в группу — должна проводиться настойчиво и целеустремленно.

Таким больным противопоказаны выполнение административных обязанностей, распорядительное руководство, многочисленные многоплановые контакты с людьми по роду деятельности.

Ограничения жизнедеятельности в ситуациях «образование», «работа», «передвижение» вторичны и обычно возникают через расстройства социальных контактов. Дискордантность мышления и снижение энергетического потенциала относительно невелики; интеллектуальный потенциал, знания, навыки, опыт сохранены.

Основной дезадаптирующий феномен — психопатоподобный рисунок поведения.

<u>Основные клинико-психологические варианты:</u>

— *эксплозивный* — дискордантная возбудимость в эмоциональной сфере, эгоцентризм, истероформный радикал, сужение круга социальных контактов, склонность к сверхценным образованиям (нередко сутяжно-кверулянтным) в сочетании с негрубыми расстройствами мышления (резонерство);

— *эмоционально-холодный вариант* — утеря общепринятых морально-этических норм, склонность к грубой псевдологии; нередки расстройства влечений, в том числе сексуальных (педофилия, геронтофилия, гомосексуализм, фетишизм и т. д.); критики к асоциальному рисунку поведения нет. Противопоказаны формы деятельности, связанные с т. н. «трудно контролируемой властью», — педагогическая, медицинская, социальная работа;

— *аутистический вариант* (Г. В. Зеневич) — своеобразные резонеры-мечтатели; характерна вычурная до нелепости манера поведения, одежда, крайне своеобразный избирательный круг интересов; сензитивная дискордантность в эмоциональной сфере; установка на особые, крайне узкие формы деятельности. Нередки асоциальные виды деятельности — бродяжничество, проституция, делинквентное поведение.

Легкая степень психопатоподобного типа ремиссии:

— расстройства личности клинически достаточно четко очерчены (в рамках того или иного варианта);

— однако в целом социально приемлемы — без значительных конфликтов в типовых социально-психологических ситуациях — «образование», «работа», «передвижение», «общение» и т. д.;

— возможна (но не обязательна) социальная защита в рамках III группы инвалидности.

При средней (умеренной) степени:

— основной дезадаптирующий феномен — частые срывы социальной адаптации, прежде всего в ситуациях «образование» и «работа», вследствие личностных расстройств, особенно в системе отношений «Я»—«группа».

Реализация ИПР наталкивается на серьезные трудности и требует особого внимания к проблеме трудоустройства. Экспертное решение обусловлено не только степенью выраженности психопатоподобной симптоматики, но и реальной стойкостью и длительностью деятельности в ситуациях «образование» и «работа». Социальная защита обычно осуществляется в рамках третьей или второй группы инвалидности.

Выраженная степень психопатоподобных расстройств характеризуется присоединением формальных расстройств мышления, что ведет к дезорганизации целенаправленной деятельности, вследствие чего возникает необходимость определения второй группы инвалидности.

При формировании и реализации ИПР для лиц с психопатоподобным типом ремиссии следует особое внимание уделять профессиональной переориентации и рациональному трудоустройству по типу «второй жизни». Психологический аспект реабилитации малопродуктивен.

5. *Псевдоорганический тип ремиссии* — встречается значительно реже (6—8 %) и признается не всеми авторами.

Однако в социальной психиатрии и МСЭ его целесообразно выделять.

Он характеризуется сочетанием органической симптоматики непсихотического регистра (ПОС) в различных вариантах и типичными для шизофрении расстройствами мышления, снижением энергетического потенциала.

При ЭПО выявляются:

— расстройства памяти и внимания (объем, распределяемость, переключение, широта);

— интеллектуальный потенциал снижен;

— возможна утрата прошлых знаний, навыков и умений;

— новые знания приобретаются крайне трудно;

— психические процессы тугоподвижны;

— энергетический потенциал личности невысок;

— отчетливо выявляется дискордантность мышления;

— однако прежняя мотивация и направленность сохранены, в частности — социально-трудовая;

— формируется склонность к типовым, штампованным формам деятельности, элементарным однотипным операциям;

— при достаточной компенсации могут устойчиво себя обслуживать, иногда длительно работать в специально созданных условиях.

Подобный тип дефекта встречается при шизофрении, осложненной церебральным атеросклерозом, последствиями ЧМТ, нейроинфекции и другой органической патологией. Реабилитационный потенциал личности (интеллектуальный и эмоционально-волевой) невысок.

При легкой степени обычно имеется критика к ПОС, однако больные нуждаются в социальной защите (ограничения жизнедеятельности в ситуациях «работа», «передвижение», «общение» первой, второй степени).

Средняя (умеренная) степень выраженности данного типа ремиссии ведет к значительной утрате способности пользоваться прошлыми знаниями, что в сочетании с дефицитарной симптоматикой эндогенного генеза ведет к ограничению жизнедеятельности второй степени.

Выраженная степень характеризуется не только утратой прошлых знаний, расстройствами памяти, внимания, но и комбинацией негативной симптоматики с отсутствием критики к поведению, что нередко требует социальной защиты в рамках первой группы инвалидности (необходимость постоянного постороннего надзора и ухода).

ДИНАМИКА РЕМИССИЙ

В социальной психиатрии и МСЭ для реализации ИПР, профилактики обострений и оценки компенсаторных возможностей индивида необходимо учитывать динамические колебания психического состояния при различных типах ремиссий.

Целесообразно выделять:

— кратковременные колебания в эмоционально-волевой сфере;

— невротические (реактивные) состояния;

— патологические развития постпроцессуальной личности.

Стабильность (относительная) ремиссии не исключает ее внутренней динамики, что может вести к формированию компенсаторных механизмов личности.

Более того, следует отметить, что чем значительнее в структуре ремиссии личностный компонент, тем последняя — динамичнее.

Динамика ремиссии наиболее отчетливо прослеживается при астеническом, психопатоподобном и параноидном типах ремиссии.

При стабилизации ремиссии в социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях выделяют **три варианта** реакции личности на болезнь и создавшуюся социально-психологическую ситуацию:

— стенический тип реагирования;

— астенический;

— рациональный (ситуативно-адекватный).

Для *стенического типа* реагирования характерны:

— широта преморбидных эмоциональных и волевых ресурсов;

— достаточно хорошо интегрированная система отношений;

— отсутствие психопатического радикала личности до заболевания;

— высокий уровень притязаний;

— значительный интеллектуальный потенциал;

— сохранность прежней мотивации — целей, идеалов, установок, трудового и жизненного стереотипа;

— относительная критика к перенесенному психотическому состоянию, при ее отсутствии — к создавшейся социальной ситуации;

— возможно формирование сутяжно-кверулянтных тенденций;

— имеется стремление сохранить прошлый жизненный стереотип, что ведет к затруднениям с профессиональной реабилитацией;

— медико-биологический аспект реабилитации воспринимается адекватно.

Пассивный тип реагирования:

— преморбидный эмоционально-волевой ресурс невелик;

— невысок интеллектуальный потенциал;

— недостаточно интегрированная система отношений, особенно «Я»—«он», «Я»—«группа»;

— наличие психопатических стигмов;

— прошлая мотивация личности дезорганизована;

— прежний жизненный стереотип легко разрушается;

— формируется склонность к астено-ипохондрическим формам реагирования.

При формировании ИПР необходимо учитывать установки личности для адаптации по типу «второй жизни». К медико-биологическому аспекту реабилитации отношение пассивное, порой негативное.

Рациональный (ситуативно-адекватный) тип реагирования характеризуется сочетанием признаков как активного, так и пассивного типов.

Основным для больного является стремление адаптироваться к новой социально-психологической ситуации. При этом возможно не только наличие, но и отсутствие критики.

Эмоционально-волевой и интеллектуальный потенциал особого значения не имеют.

Важен психологический аспект реабилитации — постановка конкретных реабилитационных целей, этапность, принцип партнерства.

Больные принимают достаточно активное участие в поддерживающей терапии, в решении вопросов профилактики обострений.

Имеется адекватная оценка возможностей социальной реабилитации (профессиональной, трудовой, семейной и т. д.).

При стойких ремиссиях в рамках указанных типов реагирования возможны и четко очерченные **клинические состояния.**

1. Кратковременные ухудшения («колебания» по Д. Е. Мелехову) в эмоционально-волевой сфере:

— впервые описаны Майер-Гроссом, в дальнейшем — О. В. Кербиковым, Г. В. Зеневичем, Д. Е. Мелеховым, Г. Я. Авруцким и др.;

— характерно ухудшение состояния без видимой причины;

— «подвижки» процесса не происходит;

— купируются самостоятельно;

— их происхождение, возможно, связано с биоритмами организма;

— продолжительность — 3—5 дней.

Основные клинические варианты:

а) нарастание вялости, апатии, некоторой двигательной заторможенности, ухудшение осмысления, снижение настроения, как следствие расстройства продуктивной деятельности;

б) нарастание раздражительности, гневливости, двигательного беспокойства и расторможенности, суетливости; деятельность малопродуктивна.

Возможна цикличная смена таких состояний. Крайне важно отдифференцировать от обострения заболевания.

2. Реактивные состояния — реакции постпсихотической личности на фрустрирующую ситуацию. Для социального психиатра вопрос не теоретический (Д. Е. Мелехов). Важно отграничить от обострения основного заболевания. Проблемой много занимались судебные психиатры (И. Ф. Случевский, С. М. Бунеев, Н. И. Фелинская и др.).

Реактивные состояния чаще развиваются при астеническом и психопатоподобном типах ремиссии.

Значительным фрустрирующим фактором может быть сама экспертная ситуация (судебная, военная, медико-социальная).

Возможен как психотический, так и непсихотический уровень реагирования, *наиболее часты*:

— истерические реакции — мутизм, амблиопия, истерические монопарезы и плегии, заикание и т. д.;

— псевдодементный и пуэрильный рисунок поведения;

— истерическая (реактивная) депрессия с характерной симптоматикой;

— ипохондрические формы реагирования.

Реактивные состояния обычно кратковременны, и лишь в редких случаях возможно их затяжное течение.

Экспертная оценка степени ограничений жизнедеятельности обычно обусловлена особенностями и типом ремиссии.

3. Патологические развития:

— их развитие возможно лишь при стойкой, длительной ремиссии (4 года и более);

— в экспертной практике встречаются достаточно редко — т. н. «патологическое развитие личности на эндогенно измененной почве».

Патологическое развитие возможно при психопатоподобном и астеническом типах ремиссии.

Патологическое развитие в социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях значимо, поскольку социально-психологическая дезадаптация обусловлена не только шизофренической симптоматикой, но и личностной патологией.

Для патологического развития у «постпроцессуальной» личности характерны:

1) симптоматика паранойяльного регистра;

2) «свертывание» структур личности вокруг сверхценной идеи.

Основными клиническими синдромами являются — ипохондрический, сутяжно-кверулянтный, с идеями ревности.

Более подробно о *патологических развитиях* см. в главе «Пограничные состояния».

При патологическом развитии «на измененной почве» ограничения жизнедеятельности обусловлены часто не только негативной эндогенной симптоматикой, а особенностями сверхценных идей, ригидностью больных в их реализации, своеобразной мотивацией и т. п. Особенно значительны ограничения жизнедеятельности в ситуациях «работа», «общение», «социальные контакты», которые достигают II степени. ИПР малопродуктивна из-за установок больных, невысокого мотивационного РП.

Таковы основные варианты динамики стойких шизофренических ремиссий, с которыми приходится сталкиваться социальному психиатру.

Вместе с тем, следует отметить, что в становлении и стабилизации ремиссий, помимо биологической терапии и социальной среды,

значительное место могут занимать и своеобразные аутопсихологические и патопсихологические личностные механизмы.

Поскольку основной задачей социальной психиатрии является формирование расширения сферы жизнедеятельности душевнобольного человека и его стойкая адаптация к социуму (к различным социальным группам, в которых протекает его деятельность), необходимо проанализировать адаптивные возможности таких больных.

В социальной психиатрии под **адаптацией** понимается приспособление индивида к требованиям социальной среды при помощи различных компенсаторных образований.

И. В. Давыдовский подчеркивал, что сама болезнь есть своеобразная форма адаптации к жизни при помощи специфических форм, средств и различных приспособительных актов к требованиям среды (в том числе и социальной).

При душевных болезнях аутопсихологические компенсаторные механизмы, адаптивные возможности индивида могут расширяться через такие известные феномены, как дезактуализация бредовых переживаний, инкапсуляция бреда, диссимуляция, ритуалы, критика к галлюцинаторным переживаниям (т. н. галлюциноиды по Мургу) и т. д.

Адаптивные возможности больных обнаруживаются при т. н. «предельном типе работоспособности», когда болезненные переживания не пересекаются с социально ориентированной деятельностью.

Нередко об этом же свидетельствует уход в своеобразную аутистическую социально-экологическую «нишу», в которой возможна длительная адаптация.

Следует полагать, что символика, философическая интоксикация, инфантилизация психической деятельности при шизофрении представляют не только механизмы «полома», но и формы своеобразной компенсации.

При этом под компенсацией понимаются конкретные пути достижения ситуативно-адекватного поведения.

Оценка всей шизофренической симптоматики как формы компенсации психологической неудовлетворенности малопродуктивна для реабилитации в целом и повышения качества жизни больных.

В социальной психиатрии и реабилитологии более продуктивным является представление о восстановлении адаптивных возможностей за счет регресса болезненных переживаний и повышения энергетического потенциала личности. Понятно, что здесь ведущее место принадлежит различным формам биологической терапии, в частности, таким современным препаратам, как флюанксол и клопиксол.

Однако восстановление адаптации возможно за счет компенсации дефицитарной симптоматики при помощи сохранившихся структур личности, в частности, исходя из интеллектуального, мотивационного и реабилитационного потенциалов, а также вследствие функцио-нальной перестройки личности на иные формы деятельности.

Анализируя в применении к типам ремиссии при шизофрении общие принципы адаптации по П. К. Анохину, следует выделить:

Первый принцип — принцип сигнализации дефекта при шизофрении реализуется через:

— рефлексию;
— ощущение собственной измененности;
— уменьшение объема деятельности;
— критику к создавшейся социально-психологической ситуации;
— аутизацию;
— разрыхление социальных связей.

Следовательно, чем «мягче» дефицитарная симптоматика, тем «сигнализация» дефекта значительнее. Медленное, постепенное развитие болезни, стойкость ремиссии создают значительно больше компенсаторных возможностей.

Умение оценить в работе с больным «сигнализацию дефекта» и использовать ее при реализации ИПР является важной задачей социального психиатра.

Второй принцип — прогрессивная мобилизация защитных, «запасных» компенсаторных возможностей личности.

Таким образом, значительные эмоционально-волевые ресурсы, высокий преморбидный интеллектуальный потенциал, социально приемлемая мотивация (цели, идеалы, установки, направленность) и отсутствие психопатического радикала также способствуют макси-

мальной реализации ресурсов личности, расширению сфер жизнедеятельности, успешной реализации ИПР.

Чем стабильнее ремиссия (во времени), тем значительнее возможности компенсации. В МСЭ при психических болезнях крайне важно при очередном освидетельствовании возвращаться к анализу уровня компенсаторных образований.

Вместе с тем социальный психиатр обязан учитывать и *третий принцип* — относительной неустойчивости компенсаторных механизмов. При шизофрении этот принцип реализуется через поддерживающую терапию, профилактику обострений, организацию лечебных мероприятий, активирующую терапию, новые формы лечения и т. п.

В связи с нестабильностью компенсаторных образований важна коррекция социальных ситуаций — социально-бытовой, семейной, профессиональной, социально-средовой.

Психологическая коррекция возможна лишь при наличии оптимального психологического контакта с больным. Возможна коррекция мотивационной сферы, внутренней модели болезни, системы социально-психологических отношений.

Закрепление, стабилизация нового жизненного стереотипа, новых целей, установок, самооценки, уровня притязаний и т. п. у так называемой постпроцессуальной личности является важнейшей предпосылкой стойкой, достаточно полной ресоциализации индивида, что по существу является основной задачей социальной психиатрии.

Изложенный материал не претендует на полноту изложения проблемы шизофрении. Однако в нем несколько по-иному расставлены акценты, характерные для социальной психиатрии, МСЭ при психических болезнях, для реабилитации.

Существенным для социальной психиатрии представляется анализ течения заболевания по стадиям (этапам); особое внимание обращено на дефицитарную, а не на позитивную симптоматику, на типы ремиссии, оценку реабилитационных возможностей и формирование компенсаторных образований.

Необходимо еще раз отметить, что в МСЭ особое значение имеет развернутый (клинико-функциональный, клинико-экспертный, реабилитационный) диагноз, в структуру которого при шизофрении

входят помимо нозологии тип и темп течения, этап развития заболевания, основные дезадаптирующие синдромы, их стойкость и степень выраженности, оценка типа ремиссии (стадия формирования, становления, стабилизации, клинико-психологический вариант, степень выраженности).

При формировании ИПР необходим также анализ реабилитационного потенциала организма, личности и окружающей микросоциальной среды.

Глава 7
ОЛИГОФРЕНИЯ

Проблема клиники и адаптации больных олигофренией является одним из наиболее актуальных вопросов социальной психиатрии, начиная с дифференциально-диагностических трудностей и кончая сложностями в судебно-психиатрической, военно-врачебной и медико-социальной экспертизах. Особое место в ней занимают вопросы формирования и реализации ИПР.

Более четверти века, опираясь на базисные понятия, сформулированные Д. Е. Мелеховым, М. С. Розовой, М. М. Тепиной, А. С. Борзуновой и другими социальными психиатрами, кафедра продолжает разрабатывать научно-методические и организационные аспекты реабилитации и оценки ограничения жизнедеятельности при олигофрении.

Накопленный опыт позволяет нам широко и интегративно проанализировать современные проблемы МСЭ и реабилитации больных олигофренией, четко определить методологические и концептуальные позиции, сложившиеся на рубеже столетий.

Настоящая глава состоит из ряда составляющих:

— социально-гигиенической характеристики олигофрении;

— вопросов классификации;

— оценок степени выраженности интеллектуального дефекта и их клинико-экспертно-реабилитационных характеристик;

— представлений о сущности и клинических формах олигофренического типа дефекта.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Термин «олигофрения» предложен Крепелиным (*олиго* — малый, *френум* — ум).

По существу следует говорить не «олигофрения», а употреблять термин «олигофрении», т. к. это сборное понятие, составляющее специфический своеобразный синдром — дефект различной этиологии.

Употребление термина «олигофрения» есть дань исторической традиции.

К олигофреническому синдрому — дефекту обычно относят:

— врожденные формы интеллектуальной недостаточности;

— приобретенные в раннем детстве (до трех лет), когда системы мозга еще не закончили свое формирование.

Из различных форм психических девиаций к собственно олигофрении относят такие, в основе которых лежит недоразвитие познавательных процессов.

Главные признаки:

— наличие врожденной интеллектуальной недостаточности человека либо приобретенной в раннем детстве (*интеллект* — структура личности, ориентированная на умение ставить и решать социально-психологические задачи различной степени сложности; или иначе — личность в целом, взятая со стороны умения ставить и решать жизненные задачи);

— отсутствие прогредиентного течения, т. е. характерных для «психиатрии течения» углубления и развертывания симптоматики или смены синдромов.

По существу при олигофрении имеет место «рубец», дефект, а не текущее заболевание. Следовательно, при возникновении психических заболеваний олигофрения является не этиологическим фактором, а неблагоприятным патопластическим фоном, основой, на которой развертывается патологический процесс.

Проблемы дифференциального диагноза при олигофрении особенно сложны при отграничении легкой степени дебильности от:

— пограничной интеллектуальной недостаточности;

— понятия «примитивная личность»;

— психического инфантилизма и социально-педагогической запущенности.

Касаясь *социальной значимости* проблемы, следует подчеркнуть, что мировые данные о частоте олигофрении недостаточно точны из-за отсутствия единства ее понимания. Однако в целом, по данным ВОЗ, олигофренией страдает около 1 % населения.

В последние десятилетия, по данным мировой статистики, происходит отчетливый рост числа лиц, страдающих олигофренией. Это утверждение справедливо и для России.

Основные причины:

— ухудшение генофонда — особенно заметно в России (низкое качество жизни, социальные катаклизмы — две мировые войны, «раскулачивание», репрессии и т. д.);

— понижение детской смертности (реанимации в роддомах, новые методы лечения в педиатрии и т. п.) ведет к увеличению продолжительности жизни детей с психическими дефектами;

— увеличение выявляемости — понятие «айсберга»;

— ухудшение экологической составляющей мира для матери и ребенка.

Структура олигофрении:

— идиотия — около 5 %;

— имбецильность — около 20 %;

— дебильность (различные степени выраженности) — около 75 %.

Социальная адаптация:

— примерно 10 % нуждаются в постоянном надзоре и уходе;

— 15 % проживают в интернатах или психиатрических больницах;

— 75 % проживают с родителями;

— 10 % имеют свою семью;

— свыше 70 % олигофренов, интегрированных в социум, участвуют в трудовой деятельности;

— из них 60 % нуждаются в специальном обучении и трудоустройстве;

— в МСЭ при психических болезнях олигофрения по социальной значимости занимает одно из первых мест;

— в городах — 17—20 % освидетельствованных специализированными бюро МСЭ;

— в сельской местности — до 30—40 %.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ. КЛАССИФИКАЦИЯ

Начало изучения — XIX век (Эскироль).

Возникли понятия:

— идиотия — «странность» (греч.);

— имбецильный — слабоумный (лат.);

— дебильность — хилый, неуклюжий (лат.).

Олигофрения изучается по трем направлениям — с медицинской, психологической и педагогической точки зрения. Отсюда порой значительная «несостыковка» представлений.

Интегративный, системный подход к реабилитации олигофренов разработан недостаточно.

Основные причины олигофрении:

— хромосомные аберрации;

— воздействие патогенных факторов в период внутриутробной жизни плода;

— органическое поражение мозга в родовой и постнатальный период (до трех лет) — асфиксия, ЧМТ, менингиты, менингоэнцефалиты и т. п.

Патологическая анатомия:

— недоразвитие лобных долей;

— дисгармоничная гипертрофия мозга (за счет паренхимы и межуточной ткани);

— образование кист, полостей (после некроза);

— изменение мозговых оболочек (атрофия, рубцы);

— отсутствие извилин — агирия;

— малое количество извилин — пахигирия;

— малая глубина извилин — микрогирия.

Вывод — полиэтиологичность патологии, которую объединяет общий синдром — интеллектуальная недостаточность.

Классификация.

I. Наследственная и генеративная патология:

а) хромосомные аберрации — болезнь Дауна, синдром Кляйнфельтера, синдром Шерешевского-Тернера, трисомия по «Х» хромосоме;

б) нарушения обмена (белкового, углеводного) — фенилпировиноградная, фруктозурийная, галактозурийная, ксеродермическая и др.;

II. Эмбрио- и фетопатии — воздействие вредности на мать и плод в период внутриутробной жизни — резус-фактор, интоксикации, инфекции, диабет, тиреотоксикоз и другие заболевания матери.

III. Органическое поражение мозга плода (ребенка) в возрасте до трех лет (ЧМТ, инфекции, интоксикации и т. п.).

Анализ причины развития олигофрении представляется крайне важным в детской психиатрии, поскольку в зависимости от нее должна формироваться ИПР с акцентом либо на медико-биологическую ее составляющую, либо на психолого-педагогическую и социальную составляющие.

СТЕПЕНИ ОЛИГОФРЕНИИ И ТИПЫ ОЛИГОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях при анализе возможностей адаптации (самообслуживание, передвижение, обучение, трудовая деятельность) лиц, страдающих олигофренией, следует оценивать не только степень олигофрении, но и тип т. н. олигофренического дефекта.

Термин «тип олигофренического дефекта» представляется не очень удачным, и его использование, скорее, дань исторической традиции.

По существу под типом дефекта следует понимать не «изъян», а формирование механизмов компенсации интеллектуальной недостаточности через иные структуры личности — темперамент, характер, мотивационную сферу.

Тот или иной тип олигофренического дефекта (Д. Е. Мелехов, 1961 г.) може‹ как расширять адаптивные возможности олигофрена, так и еще более их ограничивать.

Чем выраженнее степень олигофрении, тем меньше возможностей компенсации интеллектуальной недостаточности. Поэтому в социальной психиатрии не принято выделять тип дефекта при идиотии.

Однако степень ограничения жизнедеятельности лиц, страдающих олигофренией в степени дебильности, практически не достоверна без анализа того или иного варианта типа дефекта.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях принято выделять следующие типы дефекта:

— основной тип;

— психопатоподобный;

— сложный тип олигофренического дефекта.

Клинико-экспертная характеристика каждого типа дефекта излагается ниже.

Степени олигофрении (основной критерий — интеллектуальная недостаточность):

***1. Идиотия*:**

— тип олигофренического дефекта не выделяется;

— в целях социальной реабилитации целесообразно выделять глубокую, среднюю и легкую степень идиотии.

Глубокая степень:

— нет логически-ассоциативных предъявлений, не образуется связь между предметами и явлениями;

— нет дифференцировки ощущений — горячее-холодное, съедобное-несъедобное;

— эмоциональные реакции полярны, примитивны — гневливость, апатия;

— двигательные реакции бедны, малокоординированы. Поздно начинают ходить, ходят с трудом. Характерны двигательные стереотипы — раскачивание, кивание, жевательные движения и т. п.;

— болевая чувствительность понижена — легкость самоповреждения (рвут волосы, царапают лицо, кусают себя и т. п.);

— нет навыков самообслуживания (не могут одеться, пользоваться ложкой, вилкой. Неопрятны, пахнут мочой и/или калом);

— речь полностью отсутствует.

Легкая и средняя степень:

— логически-ассоциативные связи крайне примитивны: пламя — не трогать; лед — холодный и т. п.;

— в эмоциональном плане уже способны дифференцировать окружающих — радость, недовольство, гнев по отношению к конкретным лицам;

— двигательные реакции примитит ивно-неуклюжи при движениях, ходьбе. Однако иногда могут быть достаточно координированы;

— речь — знают отдельные обиходные слова. Фразовая речь отсутствует. Речь с дефектом (шепелявость, гнусавость и т. д.);

— имеются навыки примитивного самообслуживания (еда ложкой, мытье лица, снимание простой одежды).

При оценке степени ограничения жизнедеятельности всем лицам, страдающим идиотией, должна определяться I группа инвалидности (необходимость постоянного постороннего ухода и надзора). В семье не удерживаются. Проживают в психоневрологических интернатах.

Основная абилитационная цель — элементарное самообслуживание, опрятность (абилитация — формирование сфер жизнедеятельности, ранее не реализованных).

2. Имбецильность.

Глубокая степень:

— имеются примитивные логически-ассоциативные связи, представления;

— эмоциональная сфера достаточно развита, имеется эмоциональная дифференцировка окружающих;

— значительных двигательных расстройств может не быть. Обычно страдают тонкие, сложнокоординированные действия;

— могут усвоить небольшой запас слов, строят короткие стандартные фразы, простую, конкретно ориентированную речь понимают;

— имеются навыки элементарного самообслуживания, однако потребности примитивны (еда, мытье, опрятность, элементарная помощь окружающим);

— при помощи поэтапной тренировки возможны расширение навыков по самообслуживанию и простейшие трудовые процессы;

— обучение во вспомогательной школе непродуктивно;

— тип олигофренического дефекта выделять нецелесообразно.

При оценке степени ограничения жизнедеятельности на первый план выступает невозможность самообслуживания, самостоятельного передвижения, социальных контактов, что требует определения I группы инвалидности.

Основная абилитационная цель — расширение навыков самообслуживания и участие в простейших трудовых процессах (на дому).

Легкая и средняя степени:

— формируются конкретные логически-ассоциативные связи, конкретные представления (кошка, собака, но не кошки — собаки вообще);

— к самостоятельному решению интеллектуальных задач, даже простых, житейских, неспособны;

— удовлетворительно адаптируются только в привычных, стандартных жизненных ситуациях, в связи с чем необходимо постоянное руководство;

— однако могут учиться во вспомогательной школе (усваивают простейший счет, написание отдельных слов, чтение простых текстов, вывесок и т. п.);

— осваивают простейшие трудовые процессы (мытье посуды, полов, клейка пакетов, расфасовка и т. п.).

Основная абилитационная цель — жизнь в семье, в социальной группе. При ее решении необходимо использовать стремление к подражанию, внушаемость, интерес к монотонной деятельности;

— для легкой и средней степени имбецильности характерно формирование личностной мотивации — «быть как все», т. е. не отличаться по внешнему виду, одежде, поведению от других людей.

Эта установка также может быть использована в абилитационных целях.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях для оценки абилитационных возможностей представляется целесообразным при средней и легкой степени имбецильности выделять тот или иной т. н. тип олигофренического дефекта — **основной и психопатоподобный.**

«Основной» тип характеризуется отсутствием расстройств в сфере темперамента и характера. Больные достаточно синтонны, добродушны, доброжелательны, общительны, покладисты, без значительных аффективных вспышек. Мотивационная сфера социально ориентирована на помощь другим, трудонаправленность, стремление найти место в социальной группе; самооценка невысока.

Психопатоподобный тип — два варианта:

— эксплозивный;

— астено-апатический.

1. *Эксплозивный вариант* — помимо интеллектуального дефекта имеется патология в сфере темперамента и характера:

— они возбудимы, агрессивно-злобны, склонны к жестокости, иногда к самоистязанию, эмоционально ситуативно неадекватны;

— при социальных контактах — без чувства дистанции, двигательно расторможены, неадекватно общительны, назойливы, требуют повышенного внимания, постороннего контроля за поведением и деятельностью.

2. *Астено-апатический вариант* — интеллектуальная недостаточность сочетается с апатией, вялостью, равнодушием ко всем формам деятельности; крайне легко астенизируются, обидчивы, плаксивы; в деятельность социальной группы не «вписываются», склонны к реакциям «ухода». Подобный рисунок поведения и эмоциональные реакции также приводят к необходимости постороннего надзора и ухода.

При имбецильности, даже в легкой степени, сочетание интеллектуальной недостаточности и психопатических эмоционально-волевых форм поведения резко ограничивает жизнедеятельность (определение I группы инвалидности).

При основном типе олигофренического дефекта и легкой имбецильности возможны варианты экспертного решения.

Реализация ИПР может быть достаточно успешной при адекватных ее целях и задачах.

3. Дебильность — легкая степень олигофрении:

— самая сложная клинико-психологическая структура;

— имеет особую социальную значимость (75%);

— возникают наибольшие трудности в дифференциальном диагнозе;

— имеется необходимость отграничения от органических поражений мозга, педагогической «запущенности», интеллектуальной пограничной недостаточности, «низкой нормы», от понятия «примитивная» личность и от психического инфантилизма;

— имеются значительные трудности при решении экспертных вопросов в военной, судебной и медико-социальной экспертизе при психических болезнях;

— ИПР, как ее разработка, так и реализация наиболее сложны;

— для устойчивой социальной адаптации чрезвычайно важны как степень дебильности, так и тип олигофренического дефекта.

Для дебильности в целом характерно:

— нарушение познавательной, абстрактной, логически-ассоциативной стороны интеллектуальной деятельности;

— конкретно-описательный тип мышления;

— неустойчивость и легкая переключаемость внимания;

— недостаточный объем оперативной памяти;

— особые трудности возникают при необходимости переконструирования материала со сложным алгоритмом (например, раскрой материала);

— шаблонизированность и косность суждений, взглядов, установок;

— подражательность в деятельности;

— стереотипность мышления;

— внушаемость;

— усиление примитивных влечений (алкоголизация, сексуальная распущенность, дромомания, пиромания и т. п.);

— возможность улавливать в основном внешнюю сторону событий;

— специальные знания, умения и навыки формируются крайне медленно, усвоенное удерживается с трудом, мало применяются на практике;

— темп деятельности замедлен.

Вместе с тем для олигофрении в степени дебильности, особенно при основном типе дефекта, характерен ряд качеств, позволяющих *удовлетворительно адаптироваться* в конкретных жизненных ситуациях и в социальных группах:

— иногда имеется «частичная одаренность» — значительный объем «механической памяти», «абсолютный слух» и т. п.;

— подражательная способность — важна для адаптации;

— положительная социальная ориентация;

— трудонаправленность;

— стойкость установок на деятельность;

— интерес к работе;

— стремление «быть как все».

В организации ИПР при дебильности особое значение имеет ее социальный аспект:

— обучение в специальных школах и профтехучилищах;

— раннее формирование навыков самообслуживания, поведения в социальной группе, трудовых стереотипов и навыков;

— адекватная социально-трудовая ориентация;

— активная помощь в трудоустройстве;

— обучение оправдавшим себя на практике профессиям;

— обучение наглядным методом на рабочем месте.

Чрезвычайно важным является своевременная оценка степени интеллектуальной недостаточности и типа олигофренического дефекта.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях необходима интегративная оценка данных ЭПО (см. ниже) и клинико-психологического анализа возможностей лица, страдающего дебильностью.

Основная абилитационная цель — жизнь в социуме без значительных срывов и декомпенсаций.

Степени дебильности.

1. Выраженная степень дебильности:

— отставание в психомоторном развитии обнаруживается в дошкольном возрасте;

— основной дифференциальный диагноз проводится между «задержкой психического развития» (ЗПР) и олигофренией;

— приобретение навыков самообслуживания значительно затруднено;

— моторная неловкость и задержка речи отчетливо прослеживаются к 2,5—3 годам;

— эмоциональная сфера мало модулирована, эмоциональные реакции носят затяжной, торпидный характер;

— иногда на первый план в эмоциональной сфере выступают апато-астенические стигмы;

— ходить и говорить начинают к 3 годам, простейшая фразовая речь формируется к 4—5 годам;

— в связи с отставанием в психомоторном развитии возникает необходимость уточнения диагноза к 7 годам (поступление в школу);

— словарный запас беден, речь достаточно односложная, нередки аграматизмы и дефекты речи;

— приобретение простейших трудовых навыков (уборка комнаты, мытье посуды и т. п.) значительно затруднено;

— логически-ассоциативные связи примитивны, сугубо конкретны;

— конкретно-образный регистр мышления практически отсутствует;

— концентрация внимания низкая;

— память, даже механическая, малого объема; логически-ассоциативные механизмы памяти не формируются;

— образование возможно в объеме 4—6 классов вспомогательной школы;

— конституционально часто диспластичны; следует учитывать возможность «сложного типа олигофренического дефекта» (сочетание интеллектуальной недостаточности с сомато-неврологической патологией (пороки сердца, диабет, ожирение, очаговая неврологическая симптоматика);

— ограничение жизнедеятельности наиболее значительно в ситуациях «образование», «работа», «самостоятельное передвижение».

По существу, самостоятельная адаптация в социуме без постороннего надзора крайне затруднена:

— основная абилитационная цель — жизнь в обществе без госпитализаций, асоциального поведения, правонарушений, декомпенсаций;

— при основном типе олигофренического дефекта (ОД) она достаточно реальна;

— при психопатоподобном и сложном типе ОД требуется постоянная или периодическая коррекция поведения или сомато-неврологического состояния;

— основные направления при организации ИПР — медико-биологический и социально-педагогический ее аспекты.

2. Средняя степень дебильности:

— отставание в психомоторном развитии также выявляется еще в дошкольном возрасте;

— основной дифференциальный диагноз — ЗПР-олигофрения, иногда «психопатия» (при психопатоподобном ОД);

— приобретение навыков самообслуживания затруднено, но достижимо при соответствующей социально-педагогической коррекции. Деятельность родных по формированию таких навыков весьма продуктивна;

— эмоциональные формы реагирования достаточно модулированы, эмоциональные реакции ситуативно адекватны, особенно при основном типе ОД;

— ходить и говорить начинают к 2 годам, простая фразовая речь — к 3—4 годам, косноязычность и аграматизм встречаются редко;

— уточнение диагноза нередко обусловлено тем, что дети не справляются с программой начальных классов общеобразовательной школы;

— могут приобретать простые трудовые навыки, при основном типе дефекта устойчиво и достаточно продуктивно работать, но под контролем;

— могут оканчивать 6—8 классов вспомогательной школы, однако полученные знания легко утрачиваются;

— в простых, типовых жизненных ситуациях ориентируются достаточно, однако любое отклонение от привычных стереотипов их легко дезадаптирует;

— соматически часто без патологии; неврологически — возможна легкая симптоматика, вегетативно-сосудистая дистония;

— конституционально — нередко диспластичны;

— ограничения жизнедеятельности особенно заметны в ситуациях «образование», «работа», иногда «передвижение» и «социальные контакты»;

— по существу нуждаются в социальной защите, особенно при психопатоподобном и «сложном» типе ОД;

— основная реабилитационная цель — жизнь в социуме, устойчивая трудовая деятельность (особенно при основном типе ОД), жизнь в семье (без делинквентного рисунка поведения);

— при психопатоподобном типе ОД — своевременная компенсация эксплозивных или астенических реакций, ориентация на устойчивую социально-трудовую адаптацию, установка на повторное многократное трудоустройство.

Основные аспекты абилитации — медико-биологический (купирование эмоциональных нарушений) и социальный (устойчивое трудоустройство).

3. Легкая степень дебильности:

— приобретение навыков самообслуживания формируется в более позднем возрасте;

— в остальном — в раннем детстве развиваются правильно;

— основной дифференциальный диагноз — ЗПР, психопатия (при психопатоподобном типе ОД), иногда шизофрения, органические поражения мозга;

— помимо этого, нередко возникает необходимость дифференциального диагноза с аберрациями личности — психический инфантилизм, пограничная интеллектуальная недостаточность, социально-педагогическая «запущенность», «примитивная» личность.

Основные дифференциально-диагностические критерии изложены в главе «Пограничные состояния»;

— эмоциональные реакции в целом ситуативно адекватны, особенно при основном типе ОД;

— возможно обучение в массовой школе до 4—6 класса; вспомогательная школа в полном объеме;

— словарный запас достаточный, но в речи много штампов, суждения поверхностны, легковесны;

— абстрактный смысл пословиц и поговорок практически не вычленяют;

— имеется возможность наглядно-образного мышления;

— могут приобретать трудовые навыки в неквалифицированных профессиях;

— при основном типе ОД устойчиво и достаточно продуктивно работают;

— к 16—18 годам необходимость дифференциального диагноза обычно обусловлена социальной ситуацией (судебная, профориентация, служба в армии и т. п.);

— сомато-неврологически — отклонений от нормы не больше, чем в популяции;

— ограничения жизнедеятельности, особенно при основном типе ОД, незначительны (ситуация «образование», «работа»). При психопатоподобном типе ОД социальная дезадаптация обусловлена не интеллектуальным дефектом, а эмоционально-волевой неустойчивостью, эксплозивностью или астеническими формами реагирования;

— в социальной защите, как правило, не нуждаются.

Основная цель абилитационной программы — полная социальная адаптация.

ТИПЫ ОЛИГОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

Несмотря на то что ранее неоднократно упоминалось понятие ОД, считаем необходимым остановиться на нем более подробно, поскольку базисными реабилитационными понятиями в социальной

психиатрии и МСЭ при психических болезнях следует считать как интеллектуальную недостаточность, так и тип ОД.

При оценке абилитационного потенциала лиц, страдающих олигофренией (дебильность, легкая имбецильность), порой трудно решить, что важнее для реализации ИПР.

Предложенное Д. Е. Мелеховым (1961) понятие ОД за последние годы претерпело определенные изменения. Учение об ОД в социальной психиатрии развивалось, уточнялось, несколько трансформировалось (Р. М. Войтенко, М. С. Розова, М. М. Тепина и др.), однако в своей основе осталось прежним.

Поскольку ре-(абилитационная) программа реализуется через личностные структуры, при организации ИПР возникает необходимость оценить не только интеллектуальные возможности больного, но и его темперамент, характер, мотивационную сферу в процессе абилитации, а также общее сомато-неврологическое состояние индивида.

Следовательно, наряду с оценкой степени интеллектуального дефекта, для решения вопросов МСЭ при психических болезнях и реабилитации в социальной психиатрии принято оценивать как индивидуально-психологические особенности личности больных олигофренией, так и их соматические возможности.

Темперамент — личность в целом, взятая со стороны динамики психической деятельности. Определяет ее сензитивность, ригидность, активность, пластичность, энергичность в достижении цели, эмоциональную подвижность (торпидность), силу эмоций и т. д.

Характер — личность в целом, взятая со стороны социально-психологической системы отношений. Отражает системы взаимодействия «Я»—«он»; «Я»—«группа»; «Я»—«созидающая деятельность»; «Я»—«окружающий материальный мир»; «Я»—«Я» (гордость, тщеславие, скромность, самолюбие и т. п.).

При оценке характера анализируются такие особенности личности, как доброжелательность, внимательность, забота о других, дружелюбие, трудонаправленность, трудовой стереотип и пр.

Мотивационная сфера указывает на установки, цели, идеалы, самооценку, уровень притязаний, эгоцентризм-альтруизм индивида и т. п.

При определении типа олигофренического дефекта следует оценивать также особенности речи и моторики, сомато-неврологические нарушения, особенности слуха, зрения и т. д.

На настоящем этапе развития социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях целесообразно выделять три вида ОД:

а) основной;

б) психопатоподобный;

в) сложный (осложненный).

Основной тип олигофренического дефекта. Чаще встречается при дебильности или имбецильности легкой степени.

По *темпераменту* это сильный, уравновешенный, подвижный тип психической деятельности. Они эмоционально адекватны, синтонны, реактивность невысока, мало сензитивны, добродушны. На обиду порой склонны давать эмоциональную реакцию, но отходчивы и не злобливы.

Интеллект — см. степень и выраженность олигофрении.

Характер — система отношений «Я»—«он», «Я»—«группа» социально ориентирована. Больные хорошо удерживаются в разных социальных группах; склонны к совместной деятельности, несколько подчиняемы, внушаемы, широко используют наработанные жизненные стереотипы, покладисты, управляемы. В трудовой деятельности — трудонаправленны, склонны к монотонности в работе, требуют контроля, четко организованного объема, ритма, конечного результата; система «Я» и «мир» примитивна, упрощена, шаблонизирована, ограничена кругом конкретных суждений и представлений.

Мотивация (направленность личности) — цели, идеалы, установки приземленные, простые; руководствуются стандартными социальными стереотипами; в установках и желаниях ригидны, меняют их с трудом. Однако в практической деятельности свою мотивацию реализуют удовлетворительно.

При основном типе ОД свыше 60% олигофренов в степени дебильности в целом достаточно социально адаптированы.

Психопатоподобный тип ОД. Наиболее сложный для оценки степени ограничения жизнедеятельности и реализации ИПР. Чаще встречается при дебильности всех степеней.

Основная реабилитационная проблема — недостаточность регуляции поведения в целом, склонность к делинквентным формам поведения, алкоголизации, употреблению наркотиков; необходим жесткий контроль за реализацией социального аспекта реабилитации.

Принято выделять *три варианта психопатоподобного типа ОД*:
— эксплозивный;
— астенический;
— апатический (апатически-торпидный).

Эксплозивный вариант психопатоподобного типа ОД.

В сфере *темперамента* на первый план выступают крайняя возбудимость, злобность, склонность к дисфориям, раздражительности; интеллект — соответственно степени олигофрении; характер — система отношений «Я»—«он», «Я»—«группа» определяется особенностями темперамента — конфликтность, нежелание подчинить свои интересы интересам группы, эгоцентризм, склонность к агрессии; направленность на устойчивую трудовую деятельность невысока, склонны бросать работу, не доделав ее до конца, часто менять специальность (если есть) и т. п. Требуют постоянного контроля за трудоустройством. Мотивационная сфера характеризуется расторможенностью низших влечений, асоциальностью социальных ориентаций (участие в преступных группах, проституция, алкоголизм и т. п.).

При эксплозивном варианте психопатоподобного типа ОД основной реабилитационной целью является формирование установок и создание возможностей для устойчивой социально-трудовой и семейной адаптации.

Оценивая степень выраженности ограничений жизнедеятельности в различных социально-психологических ситуациях (самообслуживание, образование, работа и т. д.), необходимо оценивать не только степень интеллектуальной недостаточности, но и выраженность психопатоподобных нарушений, частоту эксплозивных «вспышек», легкость возникновения декомпенсации, склонность к агрессии и аутоагрессии, для купирования которых могут использоваться клопиксол и флюанксол.

Значительно снижает реабилитационный потенциал таких лиц моторное беспокойство, неусидчивость, невнимательность.

Социально-трудовая адаптация затруднена, редко устойчива. На работе требуют контроля, руководства, часто допускают брак, небрежны, недисциплинированы.

Основное в адаптации — постоянное активное вовлечение в социально приемлемые формы деятельности; могут работать в небольшом коллективе, в индивидуальном темпе; желательна смена рабочих приемов.

Лица, страдающие легкой степенью дебильности с психопатоподобным типом дефекта, при устойчивой социальной адаптации, особенно в возрасте после 30 лет, не нуждаются в определении группы инвалидности.

Частые декомпенсации, дезорганизованное поведение, длительная социальная дезадаптация делают необходимой социальную защиту с определением III, а иногда и II группы инвалидности.

Астенический вариант психопатоподобного типа ОД.

В сфере *темперамента* ведущим является так называемый «астенический рисунок поведения» — обидчивость, слезливость, повышенная утомляемость, растерянность, «детский» негативизм и т. п.

Однако настоящие астенические (неврастенические) жалобы редки, темп психической деятельности замедлен.

По *характеру* — в системе социально-психологических отношений на первый план выступает незрелость личности, инфантильность, склонность к примитивным истерическим реакциям (мутизм, пуэрилизм, истерическая слепота, глухота). Вся система отношений «Я»—«Я», «Я»—«группа», «Я»—«окружающий мир», «Я»—«трудовая деятельность» окрашена инфантильным радикалом. Плохо переносят психическое и физическое напряжение при социальных контактах.

По *интеллекту* — легкая, средняя, выраженная степень дебильности.

Мотивационная сфера — цели, идеалы, установки социально ориентированы; стремятся учиться, работать, иметь семью, иметь правильный рисунок поведения в группе, быть «как все».

Несмотря на это, лица с астеническим типом ОД даже при легкой степени дебильности нуждаются в социальной защите, поскольку требуют особой организации деятельности, в частности трудовой; очень затруднен этап «врабатываемости» в ситуацию (передвижение, работа, образование, контакты); им необходим произвольный темп деятельности, типовые формы ее, несложные формы обучения и труда.

Основная ре-(абилитационная цель) — устойчивая социальная адаптация в различных типовых социальных и социально-психологических ситуациях без частых декомпенсаций. Необходимая помощь в реализации социальной направленности личности обычно осуществляется через определение III или II группы инвалидности.

Особенности ИПР: основной аспект ИПР — социальный (профориентация, трудоустройство, анализ особенностей труда на конкретном рабочем месте и т. п.).

Психологический аспект абилитации — профилактика ситуационно обусловленных конфликтов в группе, медико-биологический — медикаментозное купирование декомпенсаций и реакций.

Апатически-торпидный вариант психопатоподобного типа ОД:

— встречается значительно реже;

— обычно при легкой степени имбецильности, выраженной и средней степенях дебильности;

— наименее благоприятен для абилитации.

В сфере *темперамента* — «карикатура на флегматика» — крайне низок темп психической деятельности, интерес к различным формам деятельности невысок, основной фон настроения — апатия; волевой потенциал также мал.

По *характеру* — в системе отношений на первый план выступают равнодушие, безразличие к другим людям и самому себе; интерес к окружающему миру ограничен элементарными потребностями и желаниями, нет стремления к социальным контактам, не участвуют в деятельности группы (семья, класс, труд. группа).

В процессе деятельности эмоциональной активации к ней также не происходит.

Мотивационная сфера — по существу определяется низшими влечениями, иногда просмотром телевизора, фильмов. Установки на социальную адаптацию отсутствуют, нет стремления «быть как все». Время проводят в постели, нет интереса к расширению круга общения, навыков самообслуживания, к учебе, работе. Навыки по социальной адаптации нестойки и вырабатываются медленно. Поэтому период обучения крайне длителен. Возможно привитие трудовых навыков к самым элементарным операциям (уборка, картонаж, разматывание ниток и т. п.).

При апатическом варианте ОД, как правило, возникает необходимость в определении II группы инвалидности из-за значительного ограничения жизнедеятельности (передвижение, социальные контакты, обучение, работа).

Иногда возникает необходимость определения даже I группы инвалидности (необходимость постороннего надзора).

ИПР неэффективна из-за отсутствия интереса к ее реализации.

Сложный («осложненный») тип олигофренического дефекта. Название сложилось исторически. Под ним понимается сочетание значительной интеллектуальной недостаточности (средняя и выраженная степень дебильности, все степени имбецильности) с грубой сомато-неврологической патологией (припадки, параличи, слепота, глухота, недоразвитие конечностей, пороки сердца и т. д.).

Подобное сочетание симптоматики еще более ограничивает жизнедеятельность таких лиц, в частности самообслуживание, передвижение, обучение, трудовую деятельность. Больные нуждаются в социальной защите (как правило, с определением I группы инвалидности, II группа инвалидности определяется редко).

При формировании ИПР основное внимание уделяется ее медико-биологическому аспекту (терапия, возможное оперативное вмешательство, протезирование и т. п.), симптоматике, осложняющей олигофрению.

Роль психологического аспекта реабилитации незначительная; в социальном аспекте реабилитации главным является бытовое устройство таких больных, возможна работа на дому.

Основная абилитационная цель — самообслуживание, жизнь в обществе, участие в деятельности социальных групп (по интересам, в трудовой группе и т. п.).

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Несмотря на то, что выше неоднократно обращалось внимание на особенности МСЭ и реабилитации при олигофрении, ввиду социальной значимости проблемы и заинтересованности в ней не только детских и взрослых социальных психиатров, но психологов и педагогов, целесообразно подвести некоторые итоги:

— в социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях проблема олигофрении есть прежде всего проблема (ре)-абилитации таких лиц (см. схему форм ИПР) и их социальной защиты;

— следует еще раз подчеркнуть, что дебильность составляет 75 % олигофрений;

— социальная адаптация этой группы наиболее значима;

— ИПР при олигофрении носит динамический и комплексный характер.

Ее динамичность определяется прежде всего возрастом олигофрена (детский, подростковый, взрослый):

— в возрасте до 5—8 лет особое значение имеют медико-биологический и социальный ее аспекты;

— основная задача медико-биологического аспекта ИПР в этот период жизни — максимальное расширение компенсаторных возможностей головного мозга при помощи курсов патогенетической терапии (схема терапии на кафедре имеется);

— цель социального аспекта — максимально полное овладение навыками самообслуживания.

В дальнейшем акценты ИПР меняются. На первый план выступает ее социальный аспект (обучение, профориентация, трудоустройство):

— психологический аспект ИПР направлен в основном на коррекцию поведения в социальных группах и формирование социально приемлемой ее направленности;

— основная цель ИПР при олигофрении — устойчивая жизнь в социуме (в семье, школе, на производстве) без конфликтов, декомпенсаций и правонарушений;

— в проблеме социальной адаптации олигофренов не следует переоценивать роль общеобразовательных знаний. Для них большее значение имеет формирование устойчивых практических знаний, навыков и умений;

— основная задача мер социальной защиты при олигофрении — создание условий и возможностей (в том числе и материальных) для социальной адаптации таких лиц.

Для оценки степени ограничения их жизнедеятельности в МСЭ при психических болезнях необходимо:

— проанализировать практические адаптивные возможности в конкретных социально-психологических ситуациях (самообслуживание, обучение, трудовая деятельность и т. д.) при помощи метода наблюдения, социального обследования, а при необходимости обследования в стационаре;

— проанализировать степень и особенности интеллектуальной недостаточности (клиническое и экспериментально-психологическое обследование);

— проанализировать тип, степень выраженности и вариант олигофренического дефекта;

— необходим также анализ возрастной динамики адаптивных возможностей таких лиц.

Известно, что до 20—25 лет их адаптивные возможности расширяются, а после 40—45 лет могут значительно уменьшаться.

При проведении МСЭ следует учитывать возможность присоединения иных вредностей (ЧМТ, нейроинфекции, алкоголизм, интоксикация и т. д.), которые могут еще больше ограничивать жизнедеятельность лиц, страдающих олигофренией, что требует соответствующей клинико-экспертной оценки.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях не следует также исключать возможность повторного дифференциально-диагностического анализа.

Лишь такой системный, интегративный подход к оценке жизнедеятельности лиц, страдающих олигофренией, позволяет вынести адекватное экспертное решение и сформировать ИПР.

В настоящей главе изложены основные положения социальной психиатрии при олигофрении. Особое внимание в ней уделено оценке адаптивных возможностей лиц, страдающих олигофренией, клинико-социопсихологическому аспекту их адаптации в социум, особенностям формирования ИПР и оценке степени ограничения жизнедеятельности.

Поскольку проблема достаточно актуальна не только для психиатров, но и для психологов и педагогов, ниже приводятся оценки результатов тестирования по методике Векслера, которая общепринята в мировой практике: по нашему опыту (психолог В. Г. Саковская) вполне адекватна. Важной особенностью является возможность оценить отдельно невербальную и вербальную составляющие интеллекта.

«Детский» Векслер (до 18 лет):

— 30—50 баллов — имбецильность;

— 50—80 баллов — дебильность;

— 80—90 баллов (+ 2, 3 балла) — пограничная интеллектуальная недостаточность;

— 90—100 баллов — низкая норма;

— 100—110 баллов — средняя норма;

— 110 и выше баллов — «высокая» норма.

«Взрослый» Векслер (с 18 лет):

— 20—34 балла — выраженная интеллектуальная недостаточность;

— 35—49 баллов — умеренная интеллектуальная недостаточность;

— 50—70 баллов — легкая степень интеллектуальной недостаточности (дебильность);

— 70—80 баллов — пограничная интеллектуальная недостаточность;
— 80—90 баллов — «низкая» норма;
— 90—100 баллов — «средняя» норма;
— 100—120 баллов — «высокая» норма.

При оценке интеллектуального потенциала личности его следует интегрировать с клинико-психологическим и социальным анализом конкретных адаптивных возможностей больного в типовых социально-психологических ситуациях.

Глава 8

ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Настоящая глава обращена прежде всего к социальным психиатрам, неврологам, психологам, социальным работникам и членам бюро МСЭ, включая реабилитологов, которые занимаются вопросами расширения сферы жизнедеятельности, реабилитации и социальной защиты больных с нервно-психическими нарушениями непсихотического регистра симптоматики.

Более четверти века, занимаясь проблемами социальной психиатрии, особое внимание нами уделялось вопросам дифференциальной диагностики, патогенетическим механизмам, особенностям оценки ограничения жизнедеятельности и реабилитации больных с пограничными состояниями, т. е. так называемой «малой психиатрии».

Накопленный опыт позволяет нам несколько более широко и интегративно проанализировать современные представления о «пограничных состояниях», четко определить методологические и концептуальные позиции, сложившиеся на рубеже столетий.

В соответствии с этим в настоящей главе рассматриваются актуальные проблемы пограничных состояний и их динамика, девиация личности и психопатии, неврозы (невротические состояния) и патологические развития личности.

Клинико-патопсихологический анализ основных синдромов при пограничных состояниях, ограничивающих жизнедеятельность, изложен в 1-й части Руководства.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

1. *Социальная значимость*:

— по данным ВОЗ, свыше 300 млн больных с нервно-психическими нарушениями непсихотического регистра обнаруживают социальную недостаточность, испытывают ограничения жизнедеятельности и нуждаются в различных аспектах реабилитации;

— в популяции психически больных людей социальная недостаточность, снижение качества жизни и ограничение жизнедеятельности лишь у 20 % обусловлены т. н. «большими психозами»;

— в 80 % социальная недостаточность является следствием непсихотических нервно-психических нарушений.

2. По-прежнему представляется крайне актуальной для пограничных расстройств *неточность диагностики*:

а) нозологический регистр;

б) верификация синдрома(-ов);

— при повторных поступлениях синдромальный и нозологический диагноз пересматривается в половине случаев;

— трудности в клинической и социальной оценки выраженности синдрома(-ов);

— трудности в определении степени выраженности социально-психологической дезадаптации и ограничении степени жизнедеятельности в целом;

— необходимость отграничения от соматической патологии и установочного поведения;

— разграничение психологических форм реагирования от патопсихологических.

3. В рамках непсихотического регистра симптоматики *наиболее серьезно ограничивают жизнедеятельность*:

— неврозы (невротические реакции, состояния);

— психопатии (психопатические реакции, декомпенсации, психотические состояния);

— патологические развития личности (невротическое и патохарактерологическое);

— неврозоподобные синдромы (состояния) — церебрально-органического или эндогенного генеза;

— психопатоподобные синдромы (состояния) — церебрально-органического или эндогенного круга.

4. Вместе с тем углубленный *точный дифференциальный диагноз* в рамках:

— невротический — неврозоподобный;

— психопатический — психопатоподобный;

— затяжное состояние — развитие — является основой терапевтических мероприятий, оценки ограничения жизнедеятельности, формирования и реализация ИПР.

5. *Для всех пограничных состояний характерно*:

— размытость границ между психологическими и клиническими (патопсихологическими) формами реагирования, а также между клиническими синдромами «внутри» малой психиатрии;

— подвижность границ между личностными реакциями и клиническими формами реагирования;

— наличие эмоционального компонента в синдроме (страх, тревога, эксплозивность, внутреннее напряжение и т. п.), что является основой ограничения жизнедеятельности;

— ситуативно неадекватное поведение, через которое преимущественно проявляется социально-психологическая дезадаптация;

— малые адаптивные возможности в социально значимых ситуациях, поверхностность и эгоцентризм в межличностных (групповых) отношениях;

— в целом удовлетворительная социальная адаптация (ситуации «работа», «образование», «семья», «секс» и т. п.).

Очень важно в социальной психиатрии, наряду с клинико-психологической оценкой степени выраженности сипмптоматики, установить социально объективный уровень ограничения жизнедеятельности.

При пограничных состояниях всегда имеется сложная, многовекторная прямая и обратная связи между личностью, социумом и клинической симптоматикой.

Следует особо подчеркнуть, что при всех пограничных состояниях дезадаптирует больного и ограничивает его жизнедеятельность преимущественно личностный регистр симптоматики.

6. В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях крайне важен *динамический подход* к проблеме пограничных состояний.

Динамический анализ клинической симптоматики позволяет:

— уточнить основные дезадаптирующие синдромы;

— уточнить нозологический диагноз;

— уточнить клинический и социальный прогноз;

— оценить степень ограничения жизнедеятельности в различных социально значимых ситуациях (передвижение, самообслуживание, работа, образование, контроль за поведением и т. д.).

Обычно принято выделять *три варианта динамики пограничных состояний*:

— реакции (невротические и психопатические);

— состояния (невроз, декомпенсации у психопатов, психотические состояния);

— развития (невротические, патохарактерологические, развития на органически измененной почве).

Реакции — простейшие, кратковременные расстройства нервно-психической деятельности непсихотического регистра, не достигающие степени развернутого клинико-психологического синдрома. К их особенностям относятся:

— относительно небольшая длительность;

— склонность к самостоятельной (без терапии) редукции;

— наличие клинического и субклинического уровня;

— возможность рецидивов реакций и усложнение их до регистра «состояние».

Классификация реакций

Различают глобально-личностные клинические формы реагирования и системно-личностные формы реакций.

Глобально-личностные клинические формы реакций:

— астенические;

— истерические;
— эксплозивные;
— эпилептоидные;
— обсессивно-фобические;
— депрессивные;
— аутистические.

Указанные реакции не достигают психопатологического регистра, но выходят за рамки (уровень) психологических форм реагирования. Их длительность составляет часы, дни, крайне редко 2—3 недели. В структуре (типологии) реакций отмечаются так называемые «осколки» или «части» развернутых общеневротических синдромов. К длительной и стойкой социально-психологической дезадаптации и ограничению жизнедеятельности реакции не приводят. Нередко реакции могут прослеживаться лишь анамнестически. Таким образом, в формировании особых ИПР необходимости нет.

Системно-личностные формы реакций:
— психомоторные (гиперкинезы, тики и т. п.);
— психосоматические (удушье, рвота и т. п.);
— идеаторные (мононавязчивости);
— психосенсорные (алгии, сенестопатии).

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что реакции не длительны, проявляются в виде «моносимптома», не разворачиваются в синдром, склонны к самостоятельной редукции и особого значения в МСЭ при психических болезнях не имеют.

Состояния — клинически очерченные формы нервно-психических нарушений личностного регистра, ведущие к социальной недостаточности и значительному ограничению жизнедеятельности.

Синдромокинез «состояний» включает:
— очерченное начало;
— постепенное формирование синдрома(-ов);
— четко очерченный синдром (или синдромы);
— социально-психологическую дезадаптацию;
— постепенную редукцию синдрома(-ов);
— восстановление прежнего психологического статуса личности.

В процессе развития «состояний» возможны:

— трансформация (смена) синдромов;

— сочетание двух и более синдромов («многослойность» симптоматики).

Динамика «состояний» предусматривает:

— редукцию симптоматики;

— рецидивы;

— затяжное течение (иногда годы);

— переход в патологическое развитие.

Основные клинические синдромы:

— неврастенический;

— фобический;

— ипохондрический;

— истерический.

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях «затяжные состояния» вызывают наибольшие затруднения в оценке степени ограничения жизнедеятельности, требуют формирования и реализации комплексного, интегративного подхода к реабилитации.

Патологические развития — пролонгированные формы нервно-психических расстройств непсихотического регистра, которые характеризуются трансформацией личностных структур преимущественно в системе социально-психологических отношений (характер) и в мотивационной сфере, вследствие формирования сверхценных идей различного содержания.

Социальная значимость:

— малая обратимость;

— малая курабельность;

— высокая степень социальной дезадаптации;

— необходимость оценки степени ограничения жизнедеятельности и социальной защиты на годы;

— неэффективность реабилитации.

Углубленный анализ проблем патологического развития излагается в соответствующей главе.

ДЕВИАЦИИ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОПАТИИ

В социальной психиатрии, особенно при оценке клиники пограничных состояний, а также в рамках различных видов психолого-психиатрической экспертизы (военной, судебной, медико-социальной), при формировании и реализации ИПР постепенно сложилось достаточно четкое представление о различных вариантах девиации (аберрации) личности.

Вместе с тем полного изложения различных личностных аберраций, важных для понимания особенностей симптоматики, профориентации, экспертной оценки психологических возможностей человека, а также для выбора методов психотерапии и иных форм реабилитации в доступной нам литературе нет.

Аберрации личности в социальной психиатрии требуют анализа и оценки:

— при личностных формах реагирования в психологически сложных фрустрирующих ситуациях («ситуационная реакция», «реактивное состояние», «невротическая реакция» и т. п.);

— в психолого-психиатрических экспертных ситуациях.

Аберрации личности, как правило, изменяют клинику и течение основного заболевания с непсихотическим регистром симптоматики, являясь неблагоприятным патопластическим фоном. В психологическом плане аберрации личности накладывают отпечаток на «внутреннюю модель болезни» и реабилитационный потенциал.

Прежде чем переходить к конкретному анализу личностных девиаций, необходимо вновь определить базисные понятия.

Личность — гомеостатическая социо-психо-биологическая система, составляющая устойчивый психический облик человека с индивидуальными особенностями его темперамента, интеллекта, системы социальных отношений, целей, мотивов, установок и потребностей.

Личность как гомеостатическая система целостна и неделима и вместе с тем состоит из ряда структур (темперамент, характер, интеллект, мотивация):

— *темперамент* — индивидуально-психологические свойства личности, определяющие ее со стороны динамики психической деятельности;

— *характер* — индивидуально-психологические свойства личности, определяющие ее со стороны системы социальных отношений (поведение, отношение к себе и окружающему миру);

— *интеллект* — индивидуально-психологические свойства личности, определяющие ее со стороны умения ставить и решать жизненно значимые задачи;

— *мотивация (направленность)*— индивидуально-психологические особенности личности, определяющие ее со стороны целей, потребностей, идеалов и установок.

Личность как целостная структура проявляется в деятельности.

Через особенности деятельности проявляются индивидуально-психологические особенности личности.

Личность стабильна, устойчива и одновременно динамична, в частности, через трансформацию системы социальных отношений (характер) и мотивацию.

Под хорошо интегративной личностью («личностная норма») понимается умение достигать результата через ситуативно-адекватные формы деятельности.

Теперь представляется возможным дать классификацию основных аберраций (девиаций) личности, значимых в практике социальной психиатрии.

Психический инфантилизм — незрелость, детскость личности, прежде всего в сфере мотивации (цели, идеалы, установки) и в системе социально-психологических отношений (характер).

В социальной психиатрии с психическим инфантилизмом приходится сталкиваться в судебной психиатрии (соответствие физического и психического развития), в военной экспертизе, при профконсультациях.

Психический инфантилизм может быть неблагоприятным патопластическим фоном, что способствует затяжному течению пограничных состояний.

Дифференциальный диагноз:

— шизофрения;

— психопатия;

— пограничная интеллектуальная недостаточность.

Для пограничной интеллектуальной недостаточности характерны:

— невысокий коэффициент интеллекта (между т. н. «низкой нормой» и легкой степенью дебильности);

— темперамент, характер, мотивационная сфера обычно без существенных девиаций;

— характерный признак — «плавающие» ответы при решении задач на абстрагирование — между конкретным и абстрактным пониманием. Необходимость такой оценки возникает обычно при профотборе, в военной и судебной психиатрии. Пограничная интеллектуальная недостаточность осложняет реализацию ИПР.

Дифференциальный диагноз:

— олигофрения;

— «примитивная» личность;

— «социальная запущенность».

«Примитивная» личность — основная особенность — «приземленность», узко-конкретная направленность интересов, целей, идеалов, мотивов деятельности. Уровень общеобразовательных знаний невысок. Темперамент и система социально-психологических отношений достаточно сбалансированы.

«Социопатическая» личность — основная особенность — делинквентная мотивация (цели, идеалы, установки, шкала ценностей) и делинквентная система социальных отношений.

Со стороны темперамента и интеллекта личность достаточно сбалансирована.

Дифференциальный диагноз:

— психопатия;

— шизофрения.

Акцентуированная личность — основная особенность — выявление «слабости», недостаточной сбалансированности структур темперамента и характера, в сложной психотравмирующей (фрустрирующей) ситуации; при развитии невротических реакций и состояний

«акцентуация личности» обнаруживается через особенности типологии и синдромокинеза — синдромов непсихотического регистра симптоматики.

Дифференциальный диагноз:

— психопатия;

— шизофрения;

— «социопатия».

Необходимость оценки личности как «акцентуированной» в социальной психиатрии возникает при так называемых «кризисных ситуациях» и при анализе клиники пограничных состояний.

Вышеперечисленные аномалии (девиации) личности не являются патологией. В обыденных социально-психологических ситуациях («семья», «работа», «образование», «хобби») пациенты достаточно адаптированы, их формы реагирования носят ситуативно-адекватный характер.

«Слабость», «девиантность» структур личности обнаруживаются при невротических формах реагирования, в кризисных ситуациях и при психолого-психиатрическом освидетельствовании (военная, судебная, медико-социальная экспертиза).

Терминологическая «пестрота» аномалий личности в социальной психиатрии сложилась исторически и используется нами в силу традиций.

ПАТОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

Патология личности (психопатии, психопатические черты) в социальной психиатрии, в частности в военной, судебной и медико-социальной экспертизе, занимает особое место, что обусловлено тем, что она занимает «промежуточное», «краевое» положение между индивидуальными (не патологическими) особенностями личности, аномалиями (девиациями) личности, невротическими состояниями и психопатоподобными расстройствами различной этиологии.

Особенности социальной дезадаптации при патологии личности характеризуются:

— затруднением способности к общению, т. е. к установлению ситуативно-адекватных контактов;

— затруднением способности контролировать свое поведение;

— неадекватными самооценкой и уровнем притязаний, ослаблением умения организовать свое поведение с учетом конкретной ситуации, социально-правовых и нравственно-этических норм.

Следствием этих особенностей патологической личности является периодически формирующаяся социально-психологическая дезадаптация в типовых жизненных ситуациях («образование», «армия», «семья», «референтная группа» и т. д.).

Кроме того, для патологии личности свойственна малая эффективность биологической и психотерапевтической коррекции.

Под **психопатией** понимается стойкая, резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, формирующаяся в детско-подростковом периоде и ведущая к значительной социально-психологической дезадаптации индивида.

Для всех психопатий **характерны:**

— выраженность патологических черт личности;

— относительная стабильность и малая обратимость этих особенностей личности;

— деформация социальных контактов («ситуативно-неадекватное поведение») из-за патологии в сфере темперамента и характера приводит к периодически обостряющемуся внутреннему психологическому дискомфорту;

— стабильность патологии личности диалектически обусловливает ее динамику:

а) «возрастная» динамика;

б) иные динамические (преходящие) структуры (фазы, психопатические реакции, психопатические состояния (декомпенсации).

В **патогенезе психопатий** основное значение имеет интеграция генетико-конституциональной (деформация темперамента) и социально-средовой составляющих, которые деформируют систему социально-психологических отношений личности (характер).

Несмотря на «индивидуальность» патологии личности, для всех психопатий характерен ряд **общих признаков:**

— «незрелый», «псевдодетский» рисунок поведения в целом;

— ситуативная неадекватность эмоциональных форм реагирования (реакции, конфликты, т. н. «общественная невоспитанность»);

— эгоцентризм в системе отношений (неадекватная самооценка и уровень притязаний, неумение подчинить свои интересы интересам группы (дисгармония в системе «Я»—«Они»);

— при сохранности в целом интеллектуально-мнестических функций, для психопатий характерна узость, ригидность, «однонаправленность», некритичность мышления — т. н. «аффективное мышление психопатов». Эти особенности мышления могут служить основой формирования сверхценных идей, а порой и систематизированного интерпретативного бреда.

КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТИЙ

В социальной психиатрии наиболее целесообразна укрупненная классификация психопатий по **темпераменту.**

Это обусловлено:

— ограничением жизнедеятельности из-за ситуативной неадекватности поведения;

— частотой конфликтов в социальных группах;

— ситуативно-неадекватным поведением в сложных жизненных ситуациях;

— необходимостью (наиболее часто) решать вопросы судебной, военной и медико-социальной экспертизы;

— сложностью проблем социальной адаптации (ситуация «работа», «семья», «образование» и т. д.).

По *девиации темперамента* целесообразно выделять три укрупненные группы психопатий:

— возбудимого круга;

— тормозимого круга;

— «тимопаты» (эмотивно-лабильные).

Психопаты возбудимого круга — необходимость контакта с социальным психиатром возникает наиболее часто — взрывчаты,

несдержанны, склонны к дисфориям, экзо- и аутоагрессии, крайне эгоцентричны, лживы; самооценка и уровень притязаний неадекватно завышены.

Внутри группы выделяют:

— *эксплозивный вариант* — склонность к агрессии, к бурным кратковременным аффективным реакциям на вербальном и двигательном уровне;

— *эпилептоидный вариант* — брутальный затяжной аффект, склонность к дисфориям; по характеру — мелочно-педантичны, скрупулезны; жестки в организации системы отношений — «Я»—«группа», «Я»—«они», что является основной причиной социально-психологической дезадаптации;

— *истерический вариант* — театральность, демонстративность в поведении, эгоизм, завышенная самооценка и уровень притязаний, склонность к псевдологии, капризность, повышенная внушаемость; ярко аффективно окрашенный стиль социально-психологических контактов; основной конфликт — «Я»—«группа»;

— *паранойяльный вариант* (т. н. «паранойяльная психопатия») — узко направленная застойная аффективная заряженность, волевая и мыслительная активность приводит к конфликтам в социальных группах, служит основой для формирования сверхценных идей различного содержания — сутяжно-кверулянтных, изобретательства, реформаторства, ипохондрических и др. Рисунок поведения и стойкая аффективная заряженность нередко приводят к т. н. «социальному беспокойству» и социально-психологической дезадаптации;

— «*психопаты влечений*» — в основе патологии личности лежат «вспышки» неудержимых витальных влечений. В этот вариант обычно входят т. н. «пироманы» (неудержимое влечение к поджогам, виду пожара), «клептоманы» (неудержимое влечение к мелкому, бессмысленному воровству), «дромоманы» (влечение к бродяжничеству), «дипсоманы», сексуально-перверзные (садо-мазохисты, педо- и геронтофилы, эксгибиционисты, фетишисты, истинные гомосексуалисты и т. д.), «игроки» (неудержимое влечение к азартным играм) и ряд других вариантов расстройств влечений.

Психопаты тормозимого круга — контакты с социальным психиатром обычно обусловлены аутопсихологическими проблемами индивида и сложностью в системе отношений «Я—группа». Ограничение жизнедеятельности во многом обусловлено вялостью, слабостью аффективно-волевого потенциала, с преобладанием «рассудочной», мыслительной деятельности.

Психопаты тормозимого круга склонны к так называемым «реакциям ухода»: суицидным попыткам, уходу в болезнь, аутистическим реакциям, внешне мало мотивированному оставлению социальной группы, отказам от деятельности и т. п.

Эта группа аномалии личности включает:

— *астенический вариант* — быстрая утомляемость, истощаемость энергетического потенциала, стремление сузить круг деятельности, в связи с чем возникают конфликты «Я—группа»;

— *психастенический вариант* — низкий энергетический потенциал ведет к преобладанию «рассудочной», аналитико-синтетической деятельности, постоянному взвешиванию аргументов «за» и «против», что без эмоциональной составляющей затрудняет принятие решения («буриданов осел»). Следствие — сложности в ситуациях «семья», «работа», «образование», «секс» и т. п. Дезорганизует деятельность личности прежде всего аутопсихологический дискомфорт (тревожность, мнительность, неуверенность);

— *шизоидный вариант* (патологически замкнутые) — слабость эмоционального регистра, обусловливает «ненужность» контактов, эмоциональную холодность к членам социальной группы, замкнутость, интравертность, склонность к фантазированию, интерес к абстрактному резонерскому рассуждательству.

Социальная дезадаптация при психопатиях тормозимого круга обычно обусловлена проблемами семейного плана, взаимоотношениями в социальных группах.

Тимопаты (дистимики) — основная причина социальной дезадаптации — ситуативно неадекватный общий, постоянный фон настроения. Вместе с тем эта группа патологии личности редко попадает в поле зрения социального психиатра. Обладая значительным

интеллектуальным потенциалом и социально адекватно ориентированной системой ценностей, идеалов и установок, эти лица достаточно социально адаптированы.

Основная задача — дифференциальный диагноз с МДП и циклотимией:

— *гипертимический вариант* — постоянно повышенный фон настроения, крайне высокая продуктивность деятельности, гиперсексуальность, малая нуждаемость в отдыхе, сне и т. п. Быстрый темп мышления в сочетании с активностью затрудняет контакты в семье, в работе с коллегами. Они слишком быстро и хорошо организуют свою деятельность, что вызывает недовольство других членов группы;

— *гипотимический вариант* — постоянно сниженный фон настроения, медленный темп мышления и деятельности, ипохондричность, пессимизм и т. п. затрудняют социальные контакты;

— *эмотивно-лабильный вариант* — резкие перепады настроения, эмоциональная лабильность затрудняет достижение конечного результата деятельности, приводит к поверхностным межличностным контактам.

ДИНАМИКА ПСИХОПАТИЙ

Психопатия — патология личности — есть состояние устойчивое, стабильное, присущее индивиду на протяжении всей жизни.

Вместе с тем несбалансированность личностных структур, их незрелость, особенно в сфере темперамента и характера (см. определение), позволяют выделить варианты внутренней динамики психопатий (П. Б. Ганнушкин, Н. И. Фелинская, О. В. Кербиков и др.).

В социальной психиатрии наиболее значимы три варианта динамики психопатий:

— психопатические фазы;

— психопатические реакции (острые и затяжные);

— декомпенсации психопатий.

Патологические развития у психопатов рассматриваются в специальном разделе «развития».

Психопатические фазы — аутохтонные колебания психического состояния, обусловленные дестабилизацией аффективной сферы. Они снижают продуктивность деятельности, провоцируют конфликты в социальной группе. Длительность фаз — от нескольких часов до нескольких дней. Однако последствия фазы могут на значительный период времени дезадаптировать деятельность индивида и группы, служить причиной затяжных социально-психологических конфликтов.

Психопатические реакции — ситуационно обусловленное кратковременное (реже пролонгированное) усиление основных психопатических особенностей личности в сочетании с иной клинической симптоматикой непсихотического регистра.

Реакции:

— имеют тенденцию к самостоятельному купированию;

— их степень, выраженность и длительность зависят от «глубины» психопатии и тяжести фрустрирующей ситуации;

— могут быть специфическими (характерными для данной формы психопатии) и неспецифическими (общие для всех форм патологии личности).

В структуре реакций выделяют два «слоя», «уровня» симптоматики:

а) усиление характерных психопатических форм поведения (в сфере темперамента и характера);

б) общеневротическую симптоматику с характерной типологией синдрома и синдромокинеза (неврастенический, фобический, ипохондрический и др. синдромы).

Специфические реакции:

а) психопатии возбудимого круга:

— кратковременные, брутальные, эмоционально-волевые и двигательные разряды с экзо- и аутоагрессией;

— истерические стигмы (афония, парез, блефароспазм и т. п.);

— «бегство в болезнь»;

— демонстрация аффективных вспышек (рвут одежду, наносят поверхностные самопорезы, угрожают агрессией и т. д.);

— паранойяльные реакции (образование сверхценных идей, «охваченность» ситуацией, подчинение действий цели, некритичность, узость, ригидность мышления, застойный аффект);

б) психопатии тормозимого круга:

— астенические «кризы»;

— пассивно-оборонительные реакции (уход из конфликтной ситуации);

— астено-обсессивные;

— астено-ипохондрические;

— астено-фобические формы реагирования.

Общие для всех психопатий реакции (неспецифические) характеризуются несбалансированностью, дезинтеграцией личностных структур (прежде всего темперамента и характера как системы социально-психологических отношений), а также их незрелостью. Глубинно-инфантильный рисунок поведения является патогенетической основой неспецифических форм реагирования.

К ним относят (вне зависимости от круга психопатий):

— все истерические формы реагирования;

— развитие сверхценных идей различного содержания (ипохондрических, ревности, сутяжно-кверулянтных и др.);

— аффективные реакции.

В заключение следует отметить, что реакции всегда спровоцированы патогенной (фрустрирующей) ситуацией, они становятся типовой формой реагирования психопатической личности; с возрастом, со стабилизацией личностных структур возможны как «депсихопатизации», так и более аффективно насыщенные формы реагирования, которые усиливает наличие иных патогенных факторов (ЧМТ, алкоголизация, соматическое заболевание).

Психопатические состояния (декомпенсации психопатий).

Степень социальной дезадаптации при психопатиях в значительной мере обусловлена их декомпенсацией.

Декомпенсация — обострение психопатических особенностей личности вследствие срыва компенсаторных механизмов, приводящее к

усилению ограничения жизнедеятельности и социально-психологической недостаточности.

Декомпенсации обычно формируются как следствие изменения социально-психологической ситуации (изменение социального климата в группе, переход в другую социальную группу, соматическое заболевание, травма и т. п.).

Для декомпенсации, помимо обострения личностных особенностей, характерно:

— снижение интеллектуальной продуктивности;

— срыв критических возможностей личности;

— инфантилизм в суждениях и в различных формах конкретной деятельности.

Декомпенсации *более эквифинальны (стереотипны),* чем реакции, так как:

— их длительность — от двух-трех недель до двух-трех месяцев;

— они могут глубоко дезорганизовать деятельность индивида;

— клинически иногда сложно разделить понятия реакция — декомпенсация;

— частые декомпенсации пролагают путь к патохарактерологическому развитию.

ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

В социальной психиатрии основным принципом является посылка, что при психопатиях нет необходимости в постоянной фармакотерапии или психотерапии.

При патологии личности индивид вменяем, дееспособен, в определении группы инвалидности (в социальной защите) не нуждается. Однако подобный общий подход не исключает ограниченной вменяемости и дееспособности в судебной психиатрии.

При психопатических реакциях и декомпенсациях **целесообразно:**

— быстро и активно их купировать;

— снять аффективную заряженность;

— вывести индивида из конфликтной ситуации;

— проводить терапию осложняющей или патопластической составляющей ограничения жизнедеятельности.

При терапии нейролептиками целесообразно их сочетание с корректорами фона настроения (амитриптилин, финлепсин). Возможны терапия осложняющих факторов, патопластического фона, соматических заболеваний и «поддерживающая» терапия аффективных расстройств.

Психологический аспект реабилитации при психопатиях включает:

— создание «контрапункта» фрустрирующей ситуации;

— формирование критики к особенностям системы отношений в социальных группах;

— формирование критики склонности к аффективным, истерическим, астеническим и другим стереотипам реагирования.

Вместе с тем, как известно, при психопатиях глубокой критической оценки «Я» сформировать не удается.

Основная цель **социального аспекта профилактики ограничения жизнедеятельности** предусматривает стойкую адаптацию в микросоциальных группах через совместную деятельность (в семье, на работе и т. д.). Следовательно, анализ особенностей расстройств личности является важным условием профессиональной и семейной адаптации в решении вопросов рационального трудоустройства, при выборе условий и вида деятельности.

Оценка ограничений жизнедеятельности. Стойкая, выраженная и длительная социальная недостаточность таких лиц требует тщательного клинико-экспертного анализа причин.

Обычно его проводят по следующим параметрам:

— повторный дифференциальный диагноз;

— анализ возможного «осложнения» психопатии — ЧМТ, алкоголизм, нейроинфекция, сосудистая патология и т. д.;

— тщательное формирование развернутого клинико-функционального диагноза;

— при появлении нового стойкого дезадаптирующего синдрома (паранойяльного, ипохондрического и т. д.) после уточнения его нозологической принадлежности в развернутом клинико-функциональном диагнозе он должен быть указан *первым*.

В подобных случаях психопатия становится неблагоприятным патопластическим фоном, на котором развертывается симптоматика иного генеза, ограничивающая жизнедеятельность.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что основной клинико-экспертный принцип — «психопатия и инвалидность — понятия несовместимые» (Д. Е. Мелихов) — остается незыблемым.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ

При психопатиях как стойкой выраженной аномалии личности формирование развернутой ИПР нецелесообразно и малопродуктивно.

1. *Медико-биологический аспект*:

— «поддерживающая» терапия аффективных расстройств;

— терапия «осложняющего» фактора;

— купирование состояний декомпенсации и психопатических реакций.

2. *Психологический аспект*:

— «опора» на положительные социально-ориентированные особенности личности;

— «ободряющая» психологическая поддержка;

— уточнение и изменение ролевой функции в социальных группах («семья», «работа» и т. д.);

— формирование установки на более «престижную» форму деятельности.

3. *Социальный аспект*:

— целесообразно рекомендовать деятельность, не связанную с разнообразием и множественностью социальных контактов (небольшой коллектив, «замкнутая» социальная группа) и без значительного эмоционального напряжения;

— желательно разнообразие форм деятельности и смены ее ритма;

— смена впечатлений;

— сочетание доброжелательности и повышенной требовательности.

В целом при формировании ИПР при психопатиях необходим комплексный подход, однако ведущими в этом комплексе мероприятий являются социальные аспекты реабилитации.

НЕВРОЗЫ (НЕВРОТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ)

Невротические состояния и невротические реакции в социальной психиатрии имеют особую значимость при оценке ограничений жизнедеятельности человека.

Это обусловлено прежде всего особенностями социальной дезадаптации такой группы больных, распространенностью неврозов, сложностями дифференциального диагноза, а также неоднозначным подходом к оценке степени выраженности и стойкости симптоматики, что крайне важно в медико-социальной и военной экспертизе.

Достаточно сложен дифференциальный диагноз от:

— неврозоподобных состояний церебрально-органического и эндогенного генеза;

— маскированных депрессий;

— психологических форм реагирования;

— психопатий и психопатоподобных расстройств;

— патологических развитий личности.

Несмотря на то, что заболевание носит принципиально обратимый характер, возможно его затяжное и ремиттирующее течение.

Следует обратить внимание на особенности лечения (роль различных видов психотерапии) и особенности реабилитации, в том числе профессиональной, медико-биологической и социально-психологической.

Под **неврозом (невротическим состоянием)** понимается обусловленное фрустрацией нервно-психическое расстройство непсихотического регистра, в основе которого лежит аутопсихологический конфликт.

В клинической картине невротического состояния ведущими являются аффективные нарушения, психогенно обусловленные

сомато-вегетативные расстройства и нервно-психическая симптоматика непсихотического уровня.

Необходимо указать на принципиальную обратимость неврозов и на то, что патогенная ситуация обусловлена внутренним аутопсихологическим конфликтом.

С позиций «психиатрии течения» возможен переход невротических реакций в состояния, а в дальнейшем — в невротическое развитие.

Классификация неврозов

Единой классификации нет. Многообразие классификаций — следствие отсутствия единого взгляда на этиопатогенетические механизмы. Международная классификация также эклектична, однако в ее основе — клиническая симптоматика, ограничивающая жизнедеятельность.

С этих позиций выделяют следующие основные формы неврозов:
— неврастения;
— невроз навязчивых состояний;
— фобический невроз;
— ипохондрический невроз;
— депрессивный невроз.

При динамическом подходе к анализу клинической симптоматики выделение двух последних недостаточно правомерно. Их следует рассматривать как *этапы течения заболевания.*

Патоморфоз неврозов (изменение клиники и течения):
— «соматогенезация» неврозов;
— «мягкость», расплывчатость, полисиндромальность симптоматики;
— статистически значимое увеличение числа депрессивных переживаний и фобических расстройств;
— увеличение числа больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний;
— уменьшение числа больных с истерической симптоматикой.

Современные концепции неврозов

Сложность и полиморфизм клиники, разнообразие патогенных ситуаций, участие сомато-вегетативных нарушений ведет к многообразию концепций неврозов.

Условно их можно разделить на три большие группы:
— биологические концепции неврозов;
— социогенетические концепции;
— аутопсихологические (психологические).

1. Биологические концепции — основная посылка — неврозы детерминированы субстратным уровнем патологии. Психогения — лишь пусковой механизм.

а) Нейрофизиологическая концепция (И. П. Павлов, К. М. Быков, П. К. Анохин и др.) — невроз есть нарушение связей между корой и подкоркой, нарушение взаимодействия между сигнальными системами. Концепция оказалась несостоятельной, ничего не дала ни теоретически, ни практически. Представляет только исторический интерес.

б) Неврозы — патология ретикулярной формации, расстройство регуляторной функции лимбико-ретикулярного комплекса (X. Мэгуэн, А. Вейн и др.) вследствие ЧМТ, нейроинфекции и т. д. Концепция современна, продуктивна, находит отражение в клинической практике.

Однако она уточняет патогенез лишь неврозоподобных расстройств (В. М. Мясищев), а не истинных неврозов, при которых расстройства личности первичны, а дискордантность лимбико-ретикулярного комплекса вторична (система «личность—субстрат»).

2. Социогенетические концепции: неврозы — следствие нерационально, непродуктивно разрешаемых конфликтов между личностью и значимыми для нее социальными группами (референтная группа, семья и т. д.).

а) Личность не способна на психологическом уровне решить проблемы, возникающие вследствие фрустрации. Фрустрация обусловлена конфликтной ситуацией и отражает основные цели, идеалы и установки личности (В. М. Мясищев, Б. А. Карвасарский и др.).

б) «Теория ролей» (Морено) — формирование невроза обусловлено невозможностью реализовать особо эмоционально значимые для личности ролевые функции (роль лидера, матери, старшего партнера и т. д.).

На базе этой концепции сформировался достаточно эффективный метод психотерапии — «психодрама по Морено».

3. Психологические концепции:

— неофрейдистская(см. работы З. Фрейда, Адлера, К. Хорни, Салливена и др.). Невроз — клинически очерченная материализация вытесненных в бессознательное влечений (в основном сексуальных и агрессивных);

— экзистенциальная (см. работы Ясперса, Бинсвангера, Маньковского, Мэя и др.) — невроз не заболевание в прямом смысле, а «уход» в иную форму экзистенции (существования).

Задача психотерапевта — разобраться в причинах «ухода» и вернуть к прежней экзистенции или «открыть новые горизонты жизни».

Выводы: невроз обусловлен внутренним (аутопсихологическим) конфликтом, развившимся вследствие фрустрации, конфликта между уровнем притязаний личности и возможностью его реализации. Невроз — форма своеобразной (болезненной) компенсации личности. «Топливом» для невроза являются аффективные расстройства — тревога, внутреннее напряжение, страх и т. п. Основной метод лечения и расширения сферы жизнедеятельности невротика — различные варианты психотерапии.

Клинико-патопсихологическая характеристика неврозов

1. Неврастения — встречается чаще других невротических состояний. Основной синдром — неврастенический (раздражительная слабость, утомляемость, гиперстезии, головная боль, эмоциональная лабильность, расстройства сна, истощаемость и пр.).

Продуктивная деятельность затруднена, особенно психическая. Отдых не снимает неврастенического симптомокомплекса. Постепенно формируется тревога, внутреннее напряжение.

В патогенезе психогенно обусловленных соматических нарушений основное воздействие через личностные механизмы на лимбико-ретикулярный комплекс.

При неврастении часты кардиалгии и расстройства пищеварительной системы, расстройства либидо (импотенция, вторичная фригидность и т. д.), вегетативные нарушения (гипергидроз, тремор век, кончиков пальцев и т. п.).

Динамика заболевания. Гиперстенический этап (повышенная возбудимость, стремление к деятельности, которая малопродуктивна, эмоциональная лабильность, расстройства сна); в дальнейшем — гипостенические нарушения (психическая и физическая астения, снижение работоспособности, вялость, апатия, снижение интереса к деятельности). В динамике — выздоровление (ремиссия) или переход в стадию «расцвета» симптоматики; длительность этой стадии от одного года до 5—6 лет и более. В таких случаях течение ундулирующее. Ограничения жизнедеятельности становятся значительными и стойкими (ситуации «работа», «учеба», «семья», «социальные контакты»).

Постепенно формируется неврастено-ипохондрический синдром, усиливаются висцеро-вегетативные расстройства, возможно формирование фобий.

Заболевание приобретает стойкое, затяжное течение. Необходим дифференциальный диагноз с невротическим патологическим развитием личности, с неврозоподобными состояниями различного генеза.

2. Невроз навязчивых состояний.

Возможно преобладание фобической симптоматики (т. н. фобический невроз) или собственно обсессивной, а также их сочетание.

По существу, все навязчивости могут быть разделены на:

— навязчивости в интеллектуальной сфере — собственно *обсессии*;

— навязчивости в двигательной сфере — *компульсии, импульсии*;

— навязчивости в эмоциональной сфере — *фобии*.

Ограничения жизнедеятельности особенно значительны при фобиях. Наиболее значимы в социальной психиатрии — кардиофобия, канцерофобия, агаро- и клаустрофобии, лиссофобия (страх «сойти с

ума»), эрейтофобии (страх «покраснения» лица), социофобии (страх публичных выступлений) и т. д. Насчитывается свыше 360 фобий.

Обсессии — навязчивые воспоминания, мысли, сомнения, а также навязчивые движения (тики, подергивания, действия, ритуалы).

На первом этапе течения заболевания формируется неврастеническая симптоматика (как правило, субклинически). В дальнейшем возможны: а) однократный «приступ»; б) рецидивирующее течение; в) непрерывное течение. Ухудшает течение заболевания и прогноз присоединение иной церебральной патологии (ЧМТ, нейроинфекции, сосудистое заболевание головного мозга), инволюционный возраст.

Стадии (этапы) течения заболевания. Начальный этап — астения, идеаторные монообсессии; монофобии; простые двигательные обсессии (постукивание, стряхивание и т. п.).

На этом этапе значительных ограничений жизнедеятельности обычно не возникает. Характерна активная аутопсихологическая борьба с навязчивостями.

Этап «расцвета» симптоматики — формируются полинавязчивости, идеаторные полиобсессии (возможна их смена), полифобии (возможна их смена), сложные ритуальные действия; усиливается тревожно-мнительный радикал личности.

Ограничения жизнедеятельности особенно значительны в ситуациях «передвижение», «учеба», «работа» (иногда — «социальные контакты»).

Необходимо учитывать стойкость и степень выраженности симптоматики в сочетании с конкретными социально-психологическими ситуациями, а также сомнительный медико-социальный прогноз заболевания.

При затяжном течении обсессивно-фобических *расстройств* присоединяется ипохондрическая симптоматика с формированием стойкого обсессивно-фобического *синдрома,* значительно ограничивающего способность к самообслуживанию, самостоятельному передвижению, обучению.

Существенное ограничение сфер жизнедеятельности делает необходимым при очередном переосвидетельствовании вновь решать

вопросы дифференциального диагноза, в частности с шизофренией и патологическим невротическим развитием личности.

При формировании ИПР у больных с неврозом навязчивых состояний следует обратить особое внимание на психотерапию, методы психологической коррекции и социальные аспекты реабилитации (см. схему формирования ИПР).

3. Истерический невроз — второй по социальной значимости после неврастении. Патоморфоз заболевания проявляется увеличением числа больных с полиморфной симптоматикой (истеро-неврастенической, истеро-фобической).

В социальной психиатрии особую роль играют *затяжные двигательные нарушения* (парезы, параличи, астазия-абазия), которые значительно ограничивают жизнедеятельность (передвижение, обучение, работа). *Сенсорные расстройства* — слепота, глухота — встречаются реже и обычно не носят затяжного характера. Нарушения чувствительности не имеют самостоятельного экспертного значения.

Сомато-неврологические стигмы при истерическом неврозе часты и многообразны — кардиалгии, псевдоастма, психогенная рвота, анорексия, псевдодиэнцефальный синдром и т. д. Истерия — великая «симулянтка» сомато-невролого-висцерально-вегетативной симптоматики.

Общее для истерического невроза:

— демонстративность, театральность рисунка поведения;

— эгоцентризм больных — «условная приятность» болезни;

— полиморфизм симптоматики.

При истерическом неврозе часты расстройства сексуальной деятельности, прежде всего чувства оргазма, вторичная фригидность, ухудшение эрекции, однако они требуют специального клинико-психологического анализа; в экспертной практике их значимость невелика.

Динамика заболевания. Начальный этап — истеро-неврастеническая симптоматика с мономорфными психогенно обусловленными стигмами. На стадии «расцвета» симптоматики (при затяжном

или рецидивирующем течении) — обычно ограничивает жизнедеятельность стойкий истеро-ипохондрический синдром с разнообразными, иногда выраженными психогенно обусловленными соматическими расстройствами (ПОСР).

Дифференциальный диагноз:

— неврозоподобная симптоматика церебрально-органического генеза;

— психопатия (декомпенсация);

— шизофрения — «чем истерия истеричней, тем она шизофреничней»;

— патологическое невротическое развитие личности (истероипохондрический вариант).

В социальной психиатрии расширение сферы жизнедеятельности при затяжном истерическом неврозе — сложная и многоплановая проблема. Глубокая фиксация на ПОСР, стойкий выраженный истеро-ипохондрический синдром, эгоцентризм больных нередко ограничивают способность к передвижению, обучению, социальным контактам, трудовой деятельности в I, а порой и II степени.

По существу, определение группы инвалидности при истерическом неврозе констатирует неудачу лечебно-профилактических мероприятий и способствует еще более глубокому «уходу в болезнь».

Постановка диагноза «фобический невроз», «ипохондрический невроз» правомерна (МКБ). Однако в социальной психиатрии и МСЭ следует учитывать, что при динамическом анализе заболевания эти нозологические формы, как правило, являются этапом развития затяжного невротического состояния.

Реабилитация больных неврозами

1. Медико-биологический аспект: крайне важна комбинированная терапия — сочетание транквилизаторов, антидепрессантов, иногда небольших доз нейролептиков с психотерапией (рациональная психотерапия, гипнотерапия, психодинамическая, аутотренинг и т. д.).

Терапия должна быть очень активной и многоплановой — быстрое купирование невротических расстройств. Необходима также терапия неблагоприятного патопластического фона (если таковой есть) или иного заболевания.

2. Психологический аспект:

— тесный, длительный эмпатический контакт «врач — больной»;
— выведение из патогенной ситуации (если возможно);
— формирование компенсации через деятельность;
— создание «контрапункта» патогенной ситуации;
— перестройка системы социально-психологических структур личности (характер) и ее мотивации (цели, идеалы, установки и т. д.);
— формирование критики к причинам фрустрации.

3. Социальный аспект:

— возможна смена деятельности как форма компенсации и реализации уровня притязаний;
— изменение межперсональных связей в социальной группе;
— уменьшение объема деятельности на период терапии.

При определении степени ограничения жизнедеятельности и МСЭ необходимо:

— вновь вернуться к дифференциальному диагнозу;
— оценить объем и адекватность проведенной терапии;
— провести анализ причин затяжного течения заболевания;
— провести анализ терапии осложняющих и сопутствующих составляющих;
— дать оценку степени выраженности и стойкости ПОСР;
— оценить полиморфизм, степень выраженности и стойкость общеневротической симптоматики.

Следует помнить, что чем более «многослойна» и полиморфна симптоматика, тем хуже клинический и социальный прогноз. Необходимо также оценить возможность формирования компенсаторных механизмов, степень реабилитационного потенциала личности.

При установлении группы инвалидности необходим жесткий контроль бюро МСЭ за реализацией ИПР. Бюро МСЭ должно учитывать, что определение группы инвалидности при неврозах способствует фиксации на симптоматике, формированию социальной роли «инвалида».

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

В последнее десятилетие развитие «психиатрии течения», особенностей ограничения жизнедеятельности и реабилитации, а также необходимость уточнения диагноза, медико-биологического и социального прогноза привлекли особое внимание социальных психиатров к проблеме патологического развития личности (ПРЛ).

Динамический анализ затяжных пограничных состояний (неврозов, декомпенсаций, психопатических реакций) показывает, что наряду с ундулирующим течением заболевания возможно формирование нового качества — «развития» личности.

В понятие **патологического развития личности** в социальной психиатрии вкладывают три варианта:

— невротическое развитие;

— патохарактерологическое (психопатическое) развитие;

— развитие на «измененной почве».

Серьезные статистические исследования по проблеме ПРЛ нам неизвестны.

Нет подобной статистики и в МСЭ при психических болезнях (гр. «прочие»).

Это обусловлено и тем, что ПРЛ «*растворяются*» в более привычных нозологических формах, таких как неврозы, психопатии, «вялотекущая» шизофрения, органические поражения головного мозга с психическими нарушениями.

Однако развитие социальной психиатрии, медицинской психологии, МСЭ, особенности реабилитации и оценки ограничения жизнедеятельности при ПРЛ настоятельно требуют все более четкого выделения в «малой» психиатрии этой нозологической формы.

Термин «патологическое развитие личности» появился в начале XX века, когда закладывались основы учения об аномалиях личности и патопсихологических формах личностного реагирования.

В дальнейшем учение о ПРЛ развивалось по двум направлениям:

— в России преимущественно развивалось учение о *патохарактерологическом (психопатическом) развитии;*

— за рубежом особое внимание уделялось проблеме *невротического развития.*

В последние годы в социальной психиатрии стали закладываться основы представлений о ПРЛ на «измененной» (преимущественно органически неполноценной) почве.

Под **патологическим развитием личности (ПРЛ)** понимается глубокая перестройка (трансформация) личностных структур, преимущественно в системе социально-психологических отношений (характер) и в мотивационной сфере (направленности личности), вследствие стойкой и выраженной сверхценной идеи.

ПРЛ ведет к изменению личностной ориентации и деятельности человека в различных социально-психологических ситуациях («работа», «семья», «общение», «обучение» и др.).

По существу, «аномальное» развитие есть «жизненное крушение», «жизненный промах» человека и формирование им «второй» жизни.

Классификация вариантов патологического развития личности представлена в Приложении.

Общая клинико-психологическая характеристика ПРЛ

Для всех вариантов патологического развития личности характерны:

— достаточная длительность патологического состояния до формирования развития;

— при затяжных невротических (неврозоподобных) расстройствах длительность не менее 5—6 лет;

— при затяжных психопатических (психопатоподобных) состояниях длительность не менее 2—3 лет;

— значительная тяжесть и пролонгированность фрустрирующей ситуации, затрагивающей базисные интересы личности или основной ее психопатический радикал;

— фрустрирующая ситуация должна подходить к личности как «ключ к замку»;

— стабильность клинической симптоматики;

— высокая устойчивость ко всем видам терапии (в том числе — к психотерапии);

— наличие сверхценной идеи или (крайне редко) монотематического интерпретативного систематизированного бреда;

— формирование хронического изменения эмоционального тона личности;

— трансформация личностных структур (характера и мотивационной сферы) под воздействием сверхценного образования — изменение целей, идеалов, установок, уровня притязаний, системы «Я—группа», «Я—он» и т. д.;

— при нормализации фрустрирующей ситуации заметного улучшения психического состояния не происходит;

— отсутствует тенденция к обратному развитию симптоматики.

Ниже анализируются варианты патологического развития, приводящие к социально-психологической дезадаптации или значительному ограничению жизнедеятельности.

I. Патологическое невротическое развитие личности. Проявляется в следующих вариантах:

— истеро-ипохондрический вариант;

— эксплозивно-ипохондрический вариант;

— психастено-ипохондрический вариант.

1. Истеро-ипохондрический вариант:

— формирование сверхценной идеи нередко со значительным сенестопатическим или фобическим компонентом;

— появление истерического рисунка поведения, ранее не свойственного человеку, — общая демонстративность, театральность, капризность, эгоцентризм, требование повышенного внимания;

— динамические истерические стигмы (обмороки, парезы, параличи, афония, блефароспазм, припадки, приступы удушья и т. п.);

— в дальнейшем — закрепление истерической симптоматики, общего рисунка поведения и сверхценной ипохондрической идеи;

— изменение направленности деятельности в различных социально-психологических ситуациях в соответствии с новыми индивидуальными особенностями личности и сверхценной идеей;

— нарастающая социальная дезадаптация.

2. Эксплозивно-ипохондрический вариант:

— формирование сверхценной идеи со значительным дисфорическим или сутяжным компонентом;

— появление эксплозивно-сутяжного рисунка поведения — раздражительность, взрывчатость, злобность, конфликтность, обидчивость, педантичность, склонность к затяжным аффективным реакциям;

— сутяжно-кверулянтные тенденции — родные, близкие, медперсонал, врачи обвиняются в недостаточном внимании к его здоровью;

— в дальнейшем — закрепление эксплозивно-сутяжно-ипохондрического рисунка поведения;

— изменение направленности деятельности в соответствии с сутяжно-кверулянтными и ипохондрическими тенденциями;

— нарастающая социальная дезадаптация.

3. Психастено-(астено-)ипохондрический вариант:

— формирование сверхценной ипохондрической идеи со значительным тревожно-фобическим или астеническим компонентом;

— появление стойкого психастено-астенического рисунка поведения, ранее не свойственного индивиду, — общая неуверенность, тревожность, утомляемость, истощаемость, мнительность и т. п.;

— возможны динамические идеаторные мононавязчивости и монофобии;

— в дальнейшем — закрепление обсессивно-фобической и астенической симптоматики и сверхценной ипохондрической идеи;

— изменение направленности деятельности, сокращение ее объема, формирование щадящего режима жизни без необходимости в соответствии с новой личностной ориентацией и ипохондрической идеей;

— нарастающая социальная дезадаптация.

II. Патологическое патохарактерологическое (психопатическое) развитие личности. Проявляется в следующих вариантах:

— сутяжно-кверулянтный вариант;

— ипохондрический вариант;

— вариант с идеями ревности.

В динамике — фрустрирующая ситуация — девиантная личность (психопатия, психопатические черты) — затяжная декомпенсация (психопатическое состояние) — возможность патологического развития.

1. Сутяжно-кверулянтный вариант:

— психопатическая структура личности в основном возбудимого круга («истерики», «эпилептоиды», «эксплозивные», «паранойяльные»);

— конфликт «личность—социум» — увольнение, неудовлетворение просьб, жалоб, требований;

— значительная письменная продукция;

— формирование сутяжной сверхценной идеи;

— трансформация системы отношений и мотивационной сферы в паранойяльный регистр — настойчивость, требовательность, ригидность аффекта и мышления, снижение критической оценки создавшейся социально-психологической ситуации, усиление эгоцентризма, переоценка собственной значимости и т. п.;

— закрепление и стабилизация новых личностных структур и сверхценной идеи с возможным формированием систематизированного интерпретативного бреда (расширение круга сутяжных тенденций, круга заинтересованных лиц, появление идей отношения);

— изменение направленности деятельности в соответствии с новой личностной ориентацией и сверхценной идеей;

— нарастающая социальная дезадаптация (в основном — значительное «социальное беспокойство»).

2. Ипохондрический вариант:

— психопатическая структура личности (астенический, психастенический, шизоидный, иногда истерический радикал);

— стойкая фиксация на алго-сенестопатических стигмах;

— пониженный фон настроения;

— наличие неблагоприятного сомато-неврологического патопластического фона;

— затяжная фрустрирующая ситуация, обусловленная конфликтом «Я—социум» (алго-сенестопатии — тревога за свое здоровье, ипохондрическая фиксация — «невнимание» социальных групп);

— формирование сверхценной ипохондрической идеи, иногда с сутяжным компонентом;

— трансформация системы социально-психологических отношений и мотивационной сферы в ипохондрическую направленность личности — психастено-(астено-)ипохондрический рисунок деятельности;

— тревожность, мнительность, пониженный общий фон настроения, снижение критической оценки состояния здоровья, снижение самооценки, уровня притязаний, эгоцентризм;

— закрепление и стабилизация новых личностных качеств — «свертывание» интересов личности вокруг сверхценной ипохондрической идеи;

— изменение направленности деятельности в соответствии с ипохондрической ориентацией личности и сверхценной идеей;

— нарастающая социальная дезадаптация (отказ от трудовой деятельности, обучения, резкое сужение круга семейных обязанностей, ограничение передвижения и т. д.).

3. Патохарактерологическое развитие с идеями ревности:

— психопатическая структура личности (в основном возбудимого круга — «истерики», «эпилептоиды», «эксплозивные», «параноияльные»);

— затяжная фрустрирующая ситуация (наиболее часто — расстройство полового чувства, импотенция, специфика трудовой деятельности (командировки, смена работы и т. п.);

— ундулирующие ревнивые подозрения с постепенным упрочнением сверхценной идеи ревности;

— трансформация системы социально-психологических отношений (преимущественно в ситуации «семья») и мотивационной сферы в эксплозивно-паранойяльную направленность личности — злобность, раздражительность, подозрительность, ригидность, эгоцентризм, отсутствие критики;

— ситуативно-неадекватное поведение в стандартных социальных контактах, изменение уровня притязаний, шкалы ценностей и т. п.;

— закрепление и стабилизация новой направленности личности, «свертывание» интересов личности вокруг сверхценной идеи ревности;

— возможна дальнейшая трансформация сверхценной идеи в систематизированный интерпретативный бред с расширением круга подозреваемых;

— нарастающая социальная дезадаптация (конфликты в семье, подчинение действий ревнивым подозрениям, слежка, «выяснения» отношений с возможными любовниками и женой и т. д.).

Таковы основные варианты патологического развития личности, которые ведут к значительному ограничению жизнедеятельности.

Касаясь вопроса формирования ПРЛ на «измененной почве», следует отметить, что под патологическим развитием прежде всего понимаются:

— остаточные явления органического заболевания головного мозга, без развертывания клинических проявлений прогредиентно текущего процесса;

— «субстратная» симптоматика значительно не ограничивает жизнедеятельность (редкие эпилептические припадки, умеренно выраженные редкие вегетативно-сосудистые кризы, легкий ПОС и т. п.);

— при оценке типологии и синдромокинеза патологического состояния основным дезадаптирующим фактором является личностный регистр симптоматики — стойкие неврозоподобные и психопатоподобные расстройства;

— после формирования сверхценной идеи — ипохондрической, сутяжной, ревности — трансформация («свертывание») личностных структур идет по описанным ранее клинико-психологическим вариантам.

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОЦЕНКИ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Профилактика инвалидности при ПРЛ есть прежде всего профилактика самого развития. Основное — не допускать формирования сверхценных идей. Крайне важно:

— медикаментозное купирование аффективных расстройств;

— терапия неблагоприятного патопластического фона.

Психотерапия малоэффективна.

Социальный аспект реабилитации — максимально длительное сохранение прежнего жизненного стереотипа (ситуация «семья», «работа», «референтная группа» и т. д.).

Психологический аспект реабилитации — установки и мотивы личности ригидны, коррекции поддаются с трудом, что затрудняет даже частичную реабилитацию.

ИПР, как правило, может быть сформирована лишь по типу так называемой «второй жизни».

При оценке ограничения жизнедеятельности, помимо клинико-психологического анализа, необходима достоверная информация о формах и степени социальной дезадаптации. При отказе от трудовой деятельности с формированием нового жизненного стереотипа социально-психологический прогноз неблагоприятен.

Глава 9

СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Глава «Сосудистые заболевания головного мозга с психическими нарушениями» обращена прежде всего к социальным психиатрам и неврологам, патопсихологам, социальным работникам, реабилитологам и членам бюро МСЭ, которые занимаются вопросами оценки степени ограничения жизнедеятельности и социальной защиты больных сосудистыми заболеваниями головного мозга как непсихотического, так и психотического регистра.

Занимаясь проблемами социальной геронтопсихиатрии более четверти века, мы накопили значительный опыт в области дифференциальной диагностики, клиники и течения сосудистых заболеваний головного мозга с нервно-психическими нарушениями.

В частности, отработаны современные концептуальные представления о т. н. «инволюционном психозе», первичной «поздней» шизофрении и МДП, невротических состояниях, развивающихся в периоде «обратного развития».

Накопленный опыт позволяет более интегративно подходить к вопросам терапии данной патологии, оценке ограничения жизнедеятельности больных и инвалидов, несколько по-иному подходить к формированию ИПР.

Термин «Сосудистые заболевания головного мозга» является мультидисциплинарным (сборным) понятием и отражает лишь общие

представления о патогенетических механизмах заболевания, а не нозологическую сущность. Поэтому целесообразно, когда возможно, указать конкретную причину заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, васкулит и т. д.).

В социальной психиатрии целесообразно выделить несколько периодов (этапов, стадий) течения заболевания, в соответствии с которыми может существенно меняться экспертная и реабилитационная тактика ведения больных.

В целом под этапами (стадиями, периодами) понимается представление о течении основной клинической симптоматики, ограничивающей жизнедеятельность индивида со стороны динамики синдромов и их смены.

Социальный психиатр одинаково часто встречается с различными периодами течения сосудистого заболевания головного мозга с психическими нарушениями, и знание особенностей клинической симптоматики на различных стадиях позволяет выявить особенности течения, объем и адекватность проводимой терапии, дать прогностическую оценку на синдромальном уровне, оценить степень ограничения жизнедеятельности, уточнить конкретный медико-биологический и социальный прогноз.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

По социальной значимости сосудистая патология в конце XX века занимает первое место среди проблем здоровья населения.

Это обусловлено тем, что:

— заболевание поражает лиц достаточно активного, творческого возраста (после 45 лет);

— старением населения, в частности в России, что ведет к дальнейшему увеличению числа таких больных.

В МСЭ при психических заболеваниях сосудистая патология занимает 5—6-е место среди причин первичной инвалидности, причем ее возникновению и развитию способствует наличие стойкого и длительного нервного напряжения, фрустрирующей ситуации.

Сосудистая патология является «пограничной» областью с неврологией и внутренними болезнями, что ведет к необходимости комплексного подхода к терапии, оценке степени ограничения жизнедеятельности и формированию ИПР.

В социальной психиатрии «сосудистый фактор» может выступать не только в качестве этиологической составляющей, но и как осложняющее или провоцирующее звено, что важно оценивать при формировании развернутого клинико-функционального диагноза.

Достаточно сложны проблемы дифференциального диагноза:

— т. н. «инволюционный» психоз;

— поздняя шизофрения (параноидная, непрерывно-прогредиентный тип течения);

— МДП — монофазный тип течения (депрессивная фаза);

— органическое поражение головного мозга (ЧМТ, нейроинфекция, интоксикация) с психическими нарушениями;

— первичные эндогенные атрофии (начальный этап болезни Альцгеймера или болезни Пика).

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Различают:

— психические нарушения вследствие гипертонической болезни;

— психические нарушения при церебральном атеросклерозе;

— нервно-психические нарушения смешанного генеза (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз);

— психические нарушения при различных церебральных васкулитах (ревматическом, бруцеллезном, сифилитическом и т. д.).

В социальной психиатрии, в военной, судебной и медико-социальной экспертизе наибольшее значение имеют нервно-психические нарушения сосудистого генеза вследствие гипертонической болезни и церебрального атеросклероза.

С учетом общих патогенетических механизмов, несмотря на некоторые клинические особенности, имеющую определенную диагностическую и прогностическую значимость, нервно-психические

нарушения при гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе имеют ряд общих закономерностей:

— по клинической симптоматике;
— по стадиям течения;
— смене синдромов;
— их внутренней структуре (типологии);
— по конечному состоянию.

Отмеченная общность симптоматики важна для:

— комплексной патогенетической терапии;
— при решении вопросов медико-социальной и судебно-психиатрической экспертизы (дееспособность, вменяемость);
— для формирования и реализации ИПР.

В *патогенезе* формирования нервно-психических нарушений сосудистого генеза основным является развитие гипоксии мозга с последующим угнетением деятельности нервных клеток.

Однако определенную роль играют также:

— наследственная отягощенность нервно-психическими расстройствами;
— длительная фрустрирующая ситуация;
— индивидуальные особенности личности;
— возрастные изменения личности.

Вместе с тем, следует особенно подчеркнуть отсутствие прямых корреляций между стадией сосудистого заболевания, лабораторными данными и нервно-психическими нарушениями.

Основное в диагностике — особенности клиники и течения симптоматики патопсихологического и психопатологического регистров.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СТАДИИ И ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях целесообразно анализировать клиническую симптоматику заболевания по стадиям (этапам) его развития.

Выделяют *три этапа (стадии) течения:*

— стадия «начальных проявлений» (непсихотический регистр симптоматики);

— стадия «расцвета симптоматики» (психопатологический регистр);

— стадия «исхода» (варианты деменции).

I стадия — непсихотический регистр симптоматики.

На начальной стадии заболевания возможно развитие нескольких вариантов клинической симптоматики, ограничивающих жизнедеятельность больных.

1. К неврозоподобным расстройствам относятся:

— неврастенический синдром с тревогой, эмоциональной лабильностью, снижением общего фона настроения, с шумом в ушах, головными болями, метеозависимостью, ипохондрической фиксацией на алго-сенестопатических ощущениях. Подобная симптоматика нередко сочетается с приступами немотивированного страха и тревоги;

— фобо-ипохондрический синдром, в структуре которого основное место занимают неприятные ощущения в области сердца, головы, других внутренних органов с формированием страха смерти, тяжелого заболевания и сверхценным отношением к здоровью.

2. Умеренно выраженные вегетативно-сосудистые кризы и синкопальные (обморочные) состояния — с постепенной утратой сознания, мельканием «мушек», слабостью в ногах и во всем теле и т. п., длительностью до 2—2,5 минуты.

3. Психопатоподобные расстройства — в патогенезе которых основным является карикатурное, гротескное «заострение» прошлых индивидуальных особенностей личности.

Клинически психопатоподобная симптоматика проявляется:

— истероформным рисунком поведения с демонстративностью, театральностью, эгоцентризмом, нередко в сочетании с достаточно грубыми истерическими стигмами — «ком в горле», блефароспазм, тики, подергивания, афония и т. п.;

— обсессивно-фобический вариант — мононавязчивости или монофобии достаточно конкретного содержания — ревнивые подозрения, кардио-канцеро- и глиссофобии, в сочетании с заострением психастенического радикала личности (тревожность, мнительность, неуверенность в себе, снижение уровня притязаний, самооценки и т. п.).

4. Психоорганический синдром — на этой стадии заболевания может быть выражен неотчетливо. Данные ЭПО обычно указывают лишь на легкую степень расстройств памяти, внимания и интенции мышления. Однако больными мнестические нарушения субъективно оцениваются как достаточно значимые.

Реабилитация и медико-социальная экспертиза на стадии непсихотического регистра симптоматики

Основное внимание уделяется:

— формированию развернутого клинико-функционального диагноза;

— комплексной патогенетической терапии и формированию ИПР;

— при дальнейшем развитии ПОС противопоказаны формы деятельности, требующие значительного напряжения памяти и внимания; деятельность, связанная с постоянным усвоением новых знаний и навыков, требующая быстрых и ответственных решений, активности, гибкости интеллектуальной деятельности.

Ограничения жизнедеятельности I степени возможны при обучении, социальных контактах, при работе по специальности.

При организации ИПР, наряду с комплексной терапией, следует особое внимание обратить на сохранение привычного жизненного стереотипа, с некоторым снижением объема физических и интеллектуальных нагрузок, а также на психологический аспект реабилитации — коррекция «внутренней модели болезни», системы социально-психологических отношений в социальных группах, коррекция уровня притязаний и самооценки.

II стадия заболевания — стадия «расцвета» симптоматики (психопатологический регистр).

Основные синдромы, ограничивающие жизнедеятельность:
— психоорганический синдром;
— тревожно-депрессивный синдром (т. н. сосудистая депрессия);
— паранойяльный синдром;
— галлюцинаторно-параноидный синдром.

1. Психоорганический синдром (ПОС) — достаточно стабильное состояние недостаточности психических процессов, т. е. расстройств памяти, внимания, интенции мышления и эмоционально-волевой сферы, приводящее к ограничению жизнедеятельности больного.

В основе клинико-психологического анализа ПОС лежит клиническая и экспериментально-психологическая оценка особенностей и степени выраженности ПОС.

В частности, при сосудистых заболеваниях головного мозга степень выраженности ПОС может в значительной степени определять способность к усвоению новых знаний и навыков, продолжению профессиональной деятельности, службе в армии, социальным контактам, передвижению и т. п. В ряде случаев степень выраженности ПОС определяется возможностью «отдавать отчет своим действиям и руководить ими» (гражданское и уголовное право).

Динамика ПОС при сосудистых заболеваниях головного мозга:
— легкая степень — умеренная — выраженная — сосудистая деменция;
— клиническая картина характеризуется рядом вариантов, название которых сложилось исторически, традиционно в первой четверти XX в.:
— амнестический;
— «лакунарный»;
— «псевдопаралитический»;
— псевдостарческий.

Амнестический вариант — как видно из названия, основным феноменом, дезорганизующим деятельность больных, являются расстройства памяти, как кратко-, так и долговременной. Однако при

нем длительное время могут сохраняться прошлые профессиональные навыки, идеомоторная «умелость». При амнестическом варианте ПОС длительное время сохраняется «фасад» личности — общий рисунок социального поведения, синтонность, контактность, прежняя мотивация личности (цели, идеалы, установки и т. п.), что позволяет до определенной степени «закамуфлировать» расстройства памяти.

«Лакунарный вариант» — традиционное название варианта не отражает сущности клинических нарушений, которые характеризуются глобальными расстройствами психических процессов — не только памяти, но и внимания, снижением аналитико-синтетических возможностей, эмоциональными нарушениями. Вместе с тем, как и при амнестическом варианте, «фасад» личности может сохраняться через ситуативно-адекватный общий рисунок поведения и при формальных социальных контактах. Внешнее ситуативно-адекватное поведение нередко вводит в заблуждение свидетелей и лечащих врачей (терапевтов, неврологов) при решении вопросов дееспособности таких больных.

В МСЭ при психических болезнях при амнестическом и лакунарном вариантах ПОС для уточнения степени их выраженности особое внимание следует уделять данным ЭПО.

«Псевдопаралитический» вариант ПОС сосудистого генеза характеризуется сочетанием расстройств памяти, внимания и мышления с т. н. «псевдопаралитическим» рисунком поведения — благодушие, эйфоричность, бестолковость, отсутствие критики, расторможенность влечений и т. д., что порой значительнее социально дезадаптирует больного, чем сама степень снижения психических процессов.

Псевдостарческий вариант — сочетание психоорганической симптоматики со своеобразным личностным рисунком поведения — эгоцентризм, скупость, мелочность, резкое сужение интересов, круга общения, фиксация на удовлетворении бытовых потребностей, ипохондричность и т. п. Подобное сочетание симптоматики также серьезно ограничивает жизнедеятельность больных даже при легкой или умеренной степени выраженности ПОС.

Прогностически наименее благоприятны псевдостарческий и псевдопаралитический варианты ПОС, которые ведут к значительной социально-психологической дезадаптации больных.

Развитие психоорганического синдрома с постепенным увеличением его степени выраженности вплоть до сосудистой деменции является основным критерием течения сосудистых заболеваний головного мозга с психическими нарушениями (Е. С. Авербух, Э. Я. Штернберг и др.).

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что ограничивать жизнедеятельность больных на стадии «расцвета» симптоматики могут и другие психопатологические синдромы.

2. Тревожно-депрессивный синдром (т. н. сосудистая депрессия):

— может стойко ограничивать жизнедеятельность на стадии «расцвета» симптоматики (психотический регистр);

— имеет тенденцию к затяжному ундулирующему течению;

— по структуре (типологии) депрессивного компонента близок к эндогенной депрессии;

— требует дифференцированного диагноза с МДП.

В отличие от депрессивной фазы МДП — при нем крайне значителен элемент тревоги, иногда до острого страха; депрессивные переживания сочетаются с тоскливой ипохондричностью, иногда с отрывочными идеями отношения и преследования малого размаха (т. н. «кухонный бред»); идеи самообвинения и самоуничижения редки; не выражен компонент идеаторной и двигательной заторможенности. Тревожно-депрессивная симптоматика нередко сочетается с ПОС умеренной степени выраженности, возможны редкие судорожные припадки, кратковременные аментивно-делириозные эпизоды, состояния спутанности сознания, оглушенности. При тревожно-депрессивном синдроме серьезно ограничивает жизнедеятельность его затяжное, «монотонное» течение в сочетании с ПОС (т. н. сосудистая депрессия на «суженном базисе»).

В таких случаях у больных обычно имеются ограничения жизнедеятельности II степени в самообслуживании, передвижении, социальных контактах.

При стойких суицидных тенденциях — крайне редко — в связи с необходимостью постороннего постоянного надзора и ухода приходится ставить вопрос об ограничении жизнедеятельности III степени.

3. Паранойяльный синдром сосудистого генеза:

— встречается относительно нечасто;

— по своей структуре — интерпретативный систематизированный бред обыденного содержания;

— основная фабула — нанесение «ущерба», и отсюда идеи обкрадывания, отравления (ущерб здоровью), отношения, ревности;

— он обычно формируется на сниженном фоне настроения, не достигающем степени депрессии;

— аффективная заряженность бредовых суждений невысока, т. е. имеется вербализация бреда без значительного изменения жизненного стереотипа;

— вероятность смены синдромов (паранойяльный — параноидальный) редка;

— ПОС легкой или умеренной степени, в основном амнестический вариант.

В динамике — неврозоподобный или психопатоподобный этап (2—3 года) — интерпретативный бред (2—4 года) — астенический этап с постепенной дезактуализацией бредовых переживаний и нарастанием ПОС — сосудистая деменция.

Дифференциальный диагноз — шизофрения параноидная, патологическое развитие личности, органическое поражение головного мозга с психическими нарушениями.

Особенности МСЭ. В целом, при паранойяльном синдроме сосудистого генеза у больных сохраняется прошлый жизненный стереотип.

Ограничения жизнедеятельности (при легкой или умеренной степени ПОС) наиболее часто связаны с трудностями в области социальных контактов (общение), контроля за своим поведением, в трудовой деятельности (I или II ст.). Однако возможен и т. н. «сопредельный тип» соотношения бреда и работы — «бред отдельно — работа отдельно». При значительной степени выраженности ПОС

оценка степени ограничения жизнедеятельности на синдромальном уровне должна осуществляться с учетом двух дезадаптирующих синдромов и типа течения заболевания в целом.

Особенности ИПР. При паранойяльном синдроме сосудистого генеза социальный и психологический аспекты реабилитации малопродуктивны. Сложившийся жесткий жизненный стереотип, система социально-психологических отношений, установок, ценностей, уровня притязаний, самооценки и т. п. с трудом поддается коррекции. Более того, ломка жизненного стереотипа может углубить социальную дезадаптацию.

Ведущим является *медико-биологический аспект* реабилитации, при котором комплексная сосудистая патогенетическая терапия (ноотропил, актовегин и др.) сочетается с небольшими дозами антидепрессантов (ципрамил), психотропными препаратами, нивелирующими аффект (феназепам, эглонил, азолептин), и препаратами, нормализующими идеаторную деятельность (трифтазин, стеллазин, рисполепт).

4. Галлюцинаторно-параноидный синдром:

— глубоко дезорганизует жизнедеятельность;

— относительно часто дезадаптирует больных;

— прогностически неблагоприятен;

— в формировании синдрома основным является галлюциноз с последующим «вторичным» бредом;

— наиболее часты вербальные истинные галлюцинации бытового, императивного или угрожающего содержания;

— нередки тактильные («ползание» клопов, червей, паразитов) и обонятельные расстройства восприятия;

— обильные сенестопатии, в частности в области половых органов;

— элементарные зрительные галлюцинации;

— бредовые идеи вторичны по отношению к обманам восприятия;

— основная бредовая фабула — «нанесение «ущерба»;

— по содержанию — идеи отравления, материального ущерба, ревности, эротизма, колдовства, воздействия;

— эмоционально больные лабильны, ипохондричны, фон настроения снижен;

— возможны эпизоды нарушенного сознания (аментивно-делириозные, спутанность, редко — судорожные припадки);

— психоорганический синдром умеренно выражен;

— в динамике — постепенно исчезает аффективная окраска галлюцинаторно-бредовых переживаний, уменьшается и исчезает галлюциноз, разрыхляется и нивелируется бредовая симптоматика, усиливается степень выраженности ПОС, формируется сосудистая деменция.

Дифференциальный диагноз — поздняя шизофрения. При галлюцинаторно-бредовом синдроме сосудистого генеза развернутый синдром Кандинского не формируется.

Особенности **МСЭ при галлюцинаторно-параноидном синдроме** сосудистого генеза:

— ограничения жизнедеятельности значительны;

— имеются ограничения в самообслуживании, передвижении, общении, в возможности контролировать свое поведение (как правило, второй степени);

— присоединение ПОС (умеренной или выраженной степени), а также состояний нарушенного сознания позволяет ставить вопрос об ограничениях жизнедеятельности III степени;

— при сосудистых заболеваниях головного мозга на второй стадии течения заболевания достаточно сложным представляется вопрос дееспособности таких больных;

— решение экспертов — «может ли отдавать отчет в своих действиях и руководить ими» обусловлено оценкой психического состояния свидетельствуемого на момент совершения сделки (завещания, акта купли-продажи, дарения и т. п.), т. е. имели ли место галлюцинаторно-бредовые переживания, состояния нарушенного сознания, а также степенью выраженности ПОС и его клиническим вариантом.

Основной *реабилитационной задачей* на второй стадии течения заболевания является восстановление возможностей самообслужи-

вания, поддержания социальных контактов, свободы передвижения и ориентации.

ИПР складывается из комплексной терапии, направленной на нивелирование продуктивной психотической симптоматики и замедление темпа течения прогредиентно-текущей сосудистой патологии:

— *психологический аспект реабилитации* ориентирован на психологическую коррекцию сформировавшихся ограничений жизнедеятельности и корреляцию «внутренней модели болезни»;

— *социальный аспект реабилитации* предполагает прежде всего сохранение прошлого жизненного стереотипа.

III стадия заболевания — стадия «исхода», «конечное состояние».

На этой стадии заболевания постепенно нивелируется продуктивная симптоматика, если она имела место.

В клинической картине на первый план выступают признаки резкого ослабления памяти, интенции мышления, выраженные расстройства внимания, что приводит к ограничению жизнедеятельности с необходимостью организации постоянного постороннего ухода и надзора.

Углубление описанных выше вариантов ПОС сосудистого генеза, позволяет отчетливо выделить основные клинические варианты деменции сосудистого генеза:

— *амнестическая деменция*;
— *«лакунарная»*;
— *псевдопаралитическая*;
— *псевдостарческая.*

На этой стадии течения заболевания картина деменции сочетается с состояниями нарушенного сознания:

— *аментивные расстройства*;
— *аментивно-делириозные эпизоды*;
— *состояния спутанности, оглушенности*;
— *судорожные припадки.*

Больные недееспособны. Возникает необходимость наложения опеки. В рамках социальной защиты — определение I группы ин-

валидности (ограничение самообслуживания, передвижения, социальных контактов, ориентации — III степени).

Индивидуальная программа реабилитации неэффективна. Основное — поддержание жизни и контактов на эмоциональном уровне.

Основной тип течения заболевания — *непрерывно-прогредиентный.*

По *темпу* развертывания психопатологической симптоматики, прежде всего дементирующего процесса, принято выделять:
— медленно-прогредиентный (основной темп течения);
— приступообразно-прогредиентный;
— быстро-прогредиентный (злокачественный).

1. Медленно-прогредиентный темп течения заболевания (15—20 лет).

Первая стадия заболевания:

— основной дезадаптирующий синдром — ПОС;

— неврозоподобная симптоматика (начальный этап) выражена умеренно, часто формируется сенесто-ипохондрический синдром непсихотического регистра;

— заострение индивидуальных особенностей личности не достигает степени отчетливо выраженного психопатоподобного синдрома;

— синкопальные и вегетативно-сосудистые кризы редкие, умеренно-выраженные.

На *второй стадии* заболевания нивелируются неврозоподобные и психопатоподобные стигмы:

— практически не ограничивают жизнедеятельность кризы;

— нарастает до умеренной, а затем и выраженной степени ПОС (лакунарный или амнестический варианты);

— возникает необходимость в оценке степени ограничения жизнедеятельности (третья или вторая группа инвалидности);

— при организации ИПР основная цель — «замедление» нарастания симптоматики, сохранение социально-бытового стереотипа;

— заболевание плавно переходит в III стадию.

Третья стадия — стадия «конечного состояния»:

— формируется деменция (лакунарный или амнестический вариант);

— возникает необходимость определения первой группы инвалидности (неспособность к самостоятельному самообслуживанию, передвижению, полная неспособность к общению и полная зависимость от других лиц);

— учащаются состояния спутанности, оглушенности, «жизнь в прошлом»;

— смерть наступает от интеркуррентных заболеваний, остановки сердца, нарушений функций дыхательного центра.

2. Приступообразно-прогредиентный темп течения (8—12 лет).

Первая стадия:

— основной дезадаптирующий синдром — ПОС;

— заболевание прогрессирует «скачками», «приступами»;

— «приступ» не обязательно связан с нарушением мозгового кровообращения;

— возможно резкое ухудшение психического состояния при инфекционных заболеваниях, при обострении или заболеваниях внутренних органов, при психотравмах, после хирургического вмешательства и т. п.;

— неврозоподобная симптоматика значительна;

— часты и выражены синкопальные и вегетативно-сосудистые кризы;

— возможны редкие эпилептические припадки с характерным началом «по сосудистому типу».

На *второй стадии* заболевания:

— продолжает нарастать степень выраженности ПОС (лакунарный, амнестический, псевдостарческий варианты);

— возможно продолжение вегетативно-сосудистых кризов и судорожных припадков;

— развивается депрессивный, паранойяльный или галлюцинаторно-параноидный синдромы;

— кратковременные состояния спутанности или аментивно-делириозные эпизоды;

— ограничения жизнедеятельности значительны, достигают II степени по разным социально-психологическим ситуациям (общение, передвижение, работа);

— медицинский аспект реабилитации малоэффективен;

— основное при ИПР — возможность самообслуживания и самостоятельного передвижения;

— через 3—4 «приступа» — стадия деменции.

На *третьей стадии* заболевания:

— деменция (амнестический или псевдостарческий вариант);

— длительные состояния спутанности, оглушенности, дезориентировки;

— судорожные припадки;

— смерть наступает от интеркурентных заболеваний, острого нарушения мозгового кровообращения.

3. Злокачественный (быстро-прогредиентный) темп течения — от начала заболевания до стадии исхода — 4—6 лет.

Первая стадия — короткий неврозоподобный или психопатоподобный этап, в сочетании с ПОС (псевдостарческий или амнестический варианты), уже на *первой стадии* определяются значительные ограничения жизнедеятельности (самостоятельное передвижение, способность контролировать поведение).

Вторая стадия:

— часты состояния оглушенности, спутанности;

— выраженный ПОС (псевдостарческий или псевдопаралитический варианты);

— динамические нарушения мозгового кровообращения;

— на этой стадии следует ставить вопрос об определении первой группы инвалидности (крайне затруднено самообслуживание);

— самостоятельное передвижение, контроль за поведением;

— ИПР неэффективна. Основной аспект реабилитации — медицинский — комплексная терапия.

Третья стадия — исходное состояние:

— деменция (псевдостарческий или псевдопаралитический варианты);

— «жизнь в прошлом», длительные периоды спутанного сознания;

— смерть вследствие нарушения мозгового кровообращения.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И ИПР БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Несмотря на то, что медико-биологический и социальный прогноз при сосудистых заболеваниях головного мозга в целом неблагоприятен, следует особо подчеркнуть, что в каждом конкретном случае необходимо исходить из этапа течения заболевания, особенностей клинической симптоматики и темпа течения заболевания.

Утяжеляют прогноз:

— ЧМТ и интоксикация в анамнезе;

— присоединение тяжелых соматических заболеваний;

— преморбидные особенности личности (психопатические черты, пограничная интеллектуальная недостаточность и т. п.);

— перемена жизненного стереотипа.

На *первой стадии заболевания* основная цель — профилактика инвалидности, сохранение качества жизни. Отсюда необходимость:

— комплексной терапии;

— сохранения прошлого жизненного стереотипа;

— ориентация на деятельность, не связанную со значительным напряжением памяти и внимания;

— противопоказана деятельность, требующая принятия быстрых и ответственных решений;

— при заострении индивидуальных особенностей личности (психопатоподобная симптоматика) или неврозоподобных расстройств

при оценке ограничений жизнедеятельности следует особое внимание обратить на социально-психологическую ситуацию «общение»;

— при синкопальных или вегетативно-сосудистых кризах — на «передвижение».

Следует считать **противопоказанной** деятельность, связанную с нарушением **привычного ритма жизни**. Ухудшает течение сосудистого заболевания головного мозга работа в горячих цехах, в непрерывно-ускоренном темпе, на конвейере, у сложных автоматических установок, не допускающих отдыха и перерыва, работа на высоте, в кессоне, барокамере, в неблагоприятных метеорологических условиях и т. п.

Вместе с тем, следует подчеркнуть, что конкретный и посильный объем деятельности носит в значительной мере компенсаторный характер.

На *первой стадии* течения заболевания обычно возникает ограничение жизнедеятельности больных в легкой степени в ситуациях «обучение», «работа», «социальные контакты», «передвижение».

На *стадии «расцвета»* симптоматики ограничения жизнедеятельности более выражены и обусловлены преимущественно психоорганическим синдромом, стойкими депрессивными, галлюцинаторно-параноидными структурами или частыми аментивно-делириозными нарушениями сознания, что обычно приводит к необходимости установления II группы инвалидности.

На *стадии «исхода»* при различных вариантах сосудистой деменции возникают ограничения жизнедеятельности выраженной степени в самообслуживании, что требует, как правило, определения I группы инвалидности.

При организации ИПР больным с нервно-психическими нарушениями сосудистого генеза следует особое внимание обратить на:

— медико-биологическую составляющую — комплексность и большой объем патогенетической (ноотропил, ангиопротекторы и т. п.) и длительность симптоматической терапии;

— в рамках психологического аспекта реабилитации требуется психокоррекция утери социального и полового престижа, формирование установки на новый жизненный стереотип, шкалу ценностей и мотивацию деятельности;

— социальный аспект реабилитации ориентирован в основном на сохранение роли в социальных группах и жизненного, в частности трудового, стереотипа.

ИПР наиболее эффективна на первой стадии течения заболевания.

Основная *реабилитационная цель* — замедлить темп течения прогредиентно текущего процесса и компенсировать нарастающий психофизиологический дискомфорт индивида.

Глава 10

ЭПИЛЕПСИЯ

Глава «Эпилепсия» обращена не только к социальным психиатрам и психиатрам-экспертам, но и к неврологам, медицинским психологам, работающим с больными, которых дезадаптируют синдромы непсихотического регистра.

Многолетняя клиническая, научная и экспертная деятельность в этой области позволяет более интегративно подходить к вопросам ограничения жизнедеятельности и реабилитации больных и инвалидов с указанной патологией.

Термин «эпилепсия» по существу является сборным, мультидисциплинарным понятием, которое раскрывает общие представления о патогенезе заболевания и механизмах возникновения судорожного синдрома и не отражает особенностей течения заболевания и комбинаторики других расстройств, ограничивающих жизнедеятельность больных и существенно меняющих акценты в формировании и реализации ИПР.

На различных этапах течения заболевания проблемами лиц, страдающих эпилепсией, занимаются преимущественно нейрохирурги, неврологи, психиатры, а порой и медицинские психологи. Отсюда и возникает необходимость более глубокого анализа синдромов, ограничивающих жизнедеятельность больных и ведущих к их социальной недостаточности.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

«Падучая болезнь» известна с древности. Ее описания встречаются у Гиппократа, Галена, Авиценны, Парацельса.

Однако проблема остается актуальной и сегодня в связи с особенностями клиники заболевания, течения и социальной значимостью.

Распространенность эпилепсии в популяции населения 0,8—1,2 %, т. е. составляет от 30 до 50 на 100 000 населения. При этом мужчины болеют в 1,5 раза чаще, чем женщины. Для социальной психиатрии и особенно для МСЭ детей и подростков важно, что заболевание у 31 % больных возникает в возрасте до 10 лет, а до 20 лет еще у 29 %. В возрасте до 30 лет — у 20 %, до 40 лет— у 14 % и старше 40 лет только у 6 %.

Следовательно, социальная значимость проблемы определяется ее распространенностью, молодым возрастом больных, когда особую роль играют ограничения жизнедеятельности в ситуациях «обучение» и «работа», потенциально прогредиентным типом течения, осложнениями и недостаточной эффективностью лечения (20—25 %).

Особо следует подчеркнуть, что, по данным ВОЗ, число лиц, перенесших ЧМТ, увеличивается в среднем в год на 2 %, причем среди последствий ЧМТ т. н. «посттравматическая эпилепсия» составляет около 15—25 % случаев.

Эпилепсия существенно дезадаптирует больных и ведет к социальной недостаточности. Около 50 % из них со временем становятся инвалидами, причем у половины ограничения жизнедеятельности достигают II степени. В 75 % случаев это лица в возрасте до 30 лет.

Эпилепсия — полиэтиологическое прогредиентно-текущее заболевание головного мозга, характеризующееся наличием эпилептического очага, повторными пароксизмами с различной клинической симптоматикой и нервно-психическими нарушениями непсихотического регистра личностного и субстратного уровней.

Ограничения жизнедеятельности при эпилепсии обусловлены не только припадками, но и постепенно нарастающими расстройствами

личности (формирование психопатоподобной симптоматики) и изменениями психических процессов по органическому типу (формирование психоорганического синдрома).

При оценке степени ограничения жизнедеятельности лиц, страдающих эпилепсией, при формировании и реализации ИПР следует оценивать *совокупность* всех клинических проявлений заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ

Этиология заболевания не ясна.

В отечественной и зарубежной литературе значение известных факторов определяется лишь как *предрасположенность.*

Принято выделять три вида предрасположенности.

1. Приобретенная предрасположенность — является следствием предшествовавших заболеваний головного мозга (ЧМТ, нейроинфекция, сосудистые заболевания головного мозга и т. д.), после которых образуется эпилептогенный очаг, который является лишь предрасполагающим фактором для возникновения эпилепсии.

2. Врожденная предрасположенность — разнообразные патологические воздействия на плод в период беременности и при родах, приводящие к дизонтогенезу, приводящему к эктопии и денервационной гиперчувствительности нейронов. Показано, что участки локальной корковой дисплазии и являются источником эпилептогенеза.

3. Наследственная предрасположенность к эпилепсии в большинстве случаев связана с полигенным типом наследования.

Генетически детерминированными могут быть также определенные особенности обмена тормозных и возбуждающих нейромедиаторов.

Полигенным механизмом эпилепсии, вероятно, объясняется наличие у 40—60 % родственников первой степени родства аномалий ЭЭГ, сходных с аномалиями пробанда с эпилепсией (Yallon, 1994).

Установлено, что риск повторения болезни у прямого потомства больных эпилепсией составляет 5 %, что в пять раз выше аналогичного показателя в популяции.

Однако следует подчеркнуть, что в формировании эпилепсии особое значение имеет как неблагоприятный патопластический фон (наследственная предрасположенность с чрезмерным нейронным разрядам), так и «пусковой механизм» (ЧМТ, нейроинфекции, хроническая интоксикация, сосудистая патология) — «спровоцированная эпилепсия».

Идиопатическая эпилепсия объясняется наследственной предрасположенностью, без «пускового» механизма (в большинстве случаев ее связывают с геном BF и HLA 6-й хромосомы).

К концу XX века в патогенезе заболевания принято выделять несколько последовательных фаз нейрофизиологических и нейроморфологических изменений мозга.

Вначале формируется т. н. эпилептогенный очаг. В коре или корково-подкорковых структурах головного мозга возникает зона деструкции или некроза. Затем — первичный эпилептический очаг (ЭО), который представляет собой группу нейронов, посылающих чрезмерные очаговые нейронные разряды. Нейрофизиологически эти эпилептические нейроны отличаются от неэпилептических своей склонностью к спонтанному пароксизмальному деполяризационному сдвигу мембранного потенциала. Среди нейронов ЭО имеются клетки (пейсмекеры), которые при достижении критической массы способны сами генерировать чрезмерный нейронный разряд.

В основе формирования ЭО лежат патофизиологические и патоморфологические процессы не только в самих нейронах, но и в окружающей их глии («фундамент» эпилептогенеза).

Из нейромедиаторных нарушений, сопровождающих эпилептогенез, наибольшее значение придают снижению активности ГАМК-системы и повышению возбудимости глутаматных нейронов, что используется при разработке современных противоэпилептических препаратов.

Наличие эпилептогенного или эпилептического очага на КТ или МРТ указывает лишь на патологический процесс, но не является

прямым доказательством эпилептической болезни. Если эпилепсия прослеживается и клинически, то на этом этапе этиопатогенеза основным дезадаптирующим феноменом являются судорожные припадки.

На фазе образования эпилептических систем в процесс вовлекаются подкорково-стволовые структуры за счет формирования между ними и ЭО устойчивых патологических межнейронных связей (в связи с нарушением функционирования антиэпилептической системы (АЭС). При этом образуются «тропинки», по которым чрезмерные очаговые нейронные разряды распространяются из ЭО. АЭС (хвостатое ядро, мозжечок, латеральное ядро гипоталамуса, каудальное ретикулярное ядро моста, ретикулярная формация ствола и др.) осуществляет лишь коллатеральное торможение вокруг ЭО в виде перифокального тормозного вала.

Клинически этап образования эпилептических систем проявляется присоединением психических эквивалентов и началом формирования расстройств личности.

Наконец, *фаза эпилептизации мозга*, которая характеризуется выраженными деструктивно-некробиотическими изменениями, формированием все новых ЭО и устойчивых патологических межнейронных связей. На этой стадии заболевания количество «тропинок» для чрезмерных нейронных разрядов резко возрастает, а сами они превращаются в «широкие дороги».

На клиническом регистре фаза (этап) эпилептизации мозга коррелирует не только с учащением припадков и их эквивалентов, но и с нарастающими расстройствами личности и прогредиентным течением ПОС.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Выше отмечалось, что ограничения жизнедеятельности при эпилепсии обусловлены среди медико-биологических факторов тремя составляющими — эпилептическими припадками и их эквивалентами, расстройствами личности и снижением состояния психических процессов.

Следовательно, имеется необходимость классификации всех трех групп факторов, ведущих к социальной недостаточности больных.

Современная международная классификация эпилепсии (1989) возвращается к понятиям идиопатической и симптоматической эпилепсии. Под **симптоматической** (вторичной) понимается эпилепсия известной этиологии, обусловленная органическим поражением мозга. Этиология **идиопатической** (первичной) эпилепсии неизвестна или лишь предполагается. Кроме того, учитывается, является ли эпилепсия генерализованной или связана с определенной локализацией очага. Указанная классификация приводится ниже в несколько адаптированном виде.

1. Эпилепсия и эпилептические синдромы, связанные с определенной локализацией эпилептического очага (фокальная, локальная, парциальная):

— идиопатическая — наследственная предрасположенность установлена;

— криптогенная — наследственная предрасположенность не установлена;

— симптоматическая (лобная, цингулярная, височная и др.).

2. Генерализованная эпилепсия и эпилептические синдромы:

— идиопатические возраст-зависимые формы;

— генерализованная симптоматическая эпилепсия (связанная с возрастными особенностями).

3. Эпилепсия и эпилептические синдромы, которые не могут быть отнесены к фокальным или генерализованным.

4. Специальные эпилептические синдромы (инфантильные спазмы, фебрильные припадки, ювенильная миоклоническая эпилепсия и др.).

Следует отметить, что приведенная выше классификация эклектична и имеет малую значимость для социальной психиатрии, МСЭ и реабилитации больных. Она практически непригодна для формирования развернутого клинико-экспертно-реабилитационного диагноза и организации ИПР.

Вместе с тем, в социальной психиатрии давно сложилась практика разделения эпилепсии на *идиопатическую* (генуинную) и *симптоматическую* (органические поражения мозга различного генеза с эпилептическим синдромом). Помимо этого, в связи с особенностями клиники и течения принято выделять т. н. «спровоцированную эпилепсию», при которой ЧМТ, нейроинфекция, интоксикация и т. п. «запускает» течение эпилептической болезни. На начальных стадиях заболевания такие больные расцениваются как страдающие симптоматической эпилепсией, но на конечных стадиях клиническая симптоматика становится характерной для эпилепсии идиопатической.

Эта классификация проста, практична, отражает типологию клиники и течения заболевания, особенности социальной недостаточности больных и крайне значима при формировании ИПР.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПРИПАДКОВ

Имеется значительное число классификаций эпилептических припадков, частично эклектичных, частично адаптированных к нейрохирургии, ургентной неврологии и психиатрии. Однако подобные классификации малоприемлемы для клинико-экспертных и реабилитационных целей.

В социальной психиатрии и медико-социальной экспертизе за последние два десятилетия сложилась классификация, учитывающая различные представления, но более укрупненная и ориентированная на определение степени ограничения жизнедеятельности:

I. Генерализованные припадки.

1. а) *Первично генерализованные* припадки (билатеральные, симметричные, без фокального начала):

- тонико-клонические;
- клонические;
- тонические;
- атонические (астатические);
- миоклонические.

б) абсансы:
— типичные;
— атипичные.

2. *Вторично-генерализованные* припадки (парциальные с последующей генерализацией):

а) простые парциальные с генерализацией судорог;

б) сложные парциальные с генерализацией судорог.

3. *Эпилептический статус.*

II. Психические припадки:
— сумеречное расстройство сознания;
— амбулаторный автоматизм;
— особые состояния сознания;
— дисфории.

III. Парциальные (фокальные) припадки (без нарушения сознания):
— моторные;
— сенсорные;
— вегетативные;
— с психотическими стигмами.

Клинико-экспертная характеристика основных видов припадков, ограничивающих жизнедеятельность

Генерализованные припадки — наиболее часто и глубоко дезадаптируют больных:

— типология припадка (тонико-клонический, тонический, клонический и т. д.) особого значения в социальной психиатрии не имеет;

— *основное* — частота припадков (4 и чаще в месяц — частые, 2—3 — средней частоты, 1 раз в месяц и реже — редкие);

— частота припадков нередко является базисным показателем степени ограничения жизнедеятельности;

— несмотря на это, необходимо учитывать: наличие или отсутствие предвестников и ауры; дневные они или ночные; особенности

постприпадочного сознания (сон, его длительность, переход в «психический припадок» и т. п.);

— сочетание с другими пароксизмами, расстройствами личности и снижением психических процессов.

Первично-генерализованные припадки:

Абсансы — кратковременные (2—15 сек) нарушения сознания в изолированном виде или в сочетании с другой симптоматикой (см. ниже):

— часто встречаются у детей, как начало заболевания;

— у взрослых обычно сочетаются с генерализованными припадками;

а) *типичные абсансы*:

— утрата сознания; возможна комбинация с клоническим и атоническим компонентом;

— возможно сочетание с подергиванием век, мышц лица, расслаблением кистей, «закатыванием» глаз, автоматизированными действиями (ощупывание одежды, глотание, причмокивание и т. п.);

— последующая амнезия;

б) *атипичные абсансы*:

— потеря сознания неполная;

— часто сочетаются с психоорганическим синдромом и характерными расстройствами личности.

Генерализованные тонико-клонические припадки (ГТКП) — имеют наибольшее значение в социальной психиатрии и МСЭ:

— нередко провоцируются алкоголизацией, переутомлением, повышением температуры и т. п.;

— возможны предвестники (до суток) — расстройства сна, снижение работоспособности, снижение фона настроения, разнообразные стереотипные ощущения со стороны внутренних органов;

— следует отличать от ауры, которая является этапом припадка.

Типология припадка:

— *тоническая фаза* (15—20 сек): резкий крик, падение на спину, флексия конечностей, эпистотонус, напряжение жевательной мускулатуры, прикус языка и т. д.;

— *клоническая фаза* (1—2 мин): «вибрирующие» сокращения мышц сгибателей; постепенно частота сокращений уменьшается; дыхание, сердцебиение и цвет лица нормализуются;

— наступает т. н. *постприпадочный сон* (от нескольких минут до 3—4 часов) — выраженное расслабление сфинктеров (возможны мочеиспускание, реже дефекация); зрачковые рефлексы отсутствуют; постепенно восстанавливаются ауто- и аллопсихическая ориентировка; часты жалобы на головную боль, сонливость, «разбитость»;

— возможен переход постприпадочного сна в *сумеречное расстройство сознания* или *амбулаторный автоматизм.*

Следует подчеркнуть, что единичный судорожный припадок (т. н. единичный судорожный разряд) может быть и у здоровых людей под воздействием экстремальных ситуаций — гипоксия, интоксикация, переутомление и т. п.

В социальной психиатрии при решении вопросов трудоустройства, профориентции, ограничений форм трудовой деятельности следует убедиться, что заболевание *действительно имеет место.*

Иные генерализованные припадки (миоклонические, клонические, тонические, атонические) — в социальной психиатрии и МСЭ встречаются крайне редко, преимущественно у детей в возрасте от года до 8 лет:

— самостоятельного клинико-экспертного значения не имеют;

— более подробно будут проанализированы в рамках детской социальной психиатрии и МСЭ.

Вторично-генерализованные тонико-клонические судорожные припадки — в практике социальной психиатрии и МСЭ встречаются нередко.

Особенности клинической симптоматики обычно исчерпываются двумя вариантами:

— т. н. «истероэпилепсия» — истерический «вход», начало приступа, с последующей его генерализацией по тонико-клоническому варианту;

— по т. н. «джексоновскому типу» — приступ начинается с подергивания, поворота головы или конечностей (всегда по одному стереотипу) с переходом в генерализованный припадок с характерной типологией и синдромокинезом.

Экспертная оценка вторично-генерализованных приступов не отличается от обычных ГТКП. В прогностическом аспекте вторично-генерализованные припадки обычно указывают на существенную роль грубоорганической составляющей в их формировании (ЧМТ, нейроинфекция, сосудистая патология, опухоль).

Типология припадка может играть существенную роль при формировании ИПР, в частности ее медико-биологического аспекта (особенности патогенетической терапии), и при определении реабилитационного прогноза.

Эпилептический статус — фиксированное эпилептическое состояние. Особое значение имеет в ургентной психиатрии, поскольку может приводить к тяжелой ликворной гипертензии, гипоксии и отеку мозга и, как следствие, к нарушению витальных функций.

Однако в МСЭ и при формировании ИПР необходимо учитывать склонность, тенденцию к эпилептическому статусу (т. н. «статусообразная» эпилепсия — нередко в детском и подростковом возрасте).

При эпилептическом статусе:

— частота припадков от 3—4 до 10 и более в течение часа;

— после первого приступа сознание не всегда восстанавливается (сопор или кома);

— в первые часы — повышение АД, тахикардия, гипервентиляция, апноэ;

— возникает необходимость в срочных реанимационных мероприятиях.

Психические припадки — встречаются реже, однако их клинико-экспертная значимость крайне велика.

1. Сумеречное расстройство сознания (внезапное помрачение сознания с немотивированными, нередко разрушительными действиями, продуктивный контакт отсутствует, амнезия). Выделяют *галлюцинаторный и бредовой варианты* длительностью от нескольких минут до 2—3 часов, по частоте:

— один раз в месяц и более — частые;

— один раз в полтора-три месяца — средней частоты;

— один раз в 3—6 месяцев и реже — редкие.

2. Амбулаторный автоматизм (особый вариант сумеречного расстройства сознания) характеризуется внезапным началом и окончанием с последующей амнезией этого состояния. В отличие от сумеречного расстройства сознания, ситуативно-адекватный внешний рисунок поведения не нарушен, т. е. привычные стереотипы поведения, автоматизированные действия сохранены:

— чаще устанавливается по данным анамнеза;

— по существу является психическим эквивалентом припадка;

— в клинической картине заболевания сочетается с другой симптоматикой (генерализованные припадки, ПОС, расстройства личности);

— отягощает клинический и социальный прогноз;

— при оценке частоты приравнивается к судорожному приступу.

Сомнамбулизм — амбулаторный автоматизм во сне. Самостоятельного экспертного значения не имеет. Часто встречается у детей и подростков. Следует дифференцировать с обычным просоночным состоянием.

3. Дисфория — внезапное, немотивированное возникновение тоскливо-злобного, угрюмо-недовольного настроения, нередко в сочетании с гневливостью и склонностью к агрессии:

— длительность от нескольких минут (10—30 мин.) до нескольких часов;

— сознание формально не изменено, амнезии нет, однако нет и критики к поведению в этот период;

— ограничение жизнедеятельности возможно в связи с расстройством социальных контактов в ситуациях «образование», «работа»;

— также является эквивалентом припадка;

— характерно сочетание с другими видами пароксизмов;

— может предшествовать эпилептическому припадку или следовать за ним.

4. Особые состояния сознания — сборная группа психических эквивалентов эпилептического припадка. Характеризуются неглубоким изменением сознания без последующей тотальной амнезии. Возникают внезапно, длительность от нескольких минут до 2—3 часов.

В эту группу *полиморфных расстройств* относят:

— состояния «никогда не виденного» и «уже виденного»;

— зрительные, обонятельные, вкусовые или слуховые расстройства восприятия, чаще элементарные.

Обычно являются признаком локализации эпилептического очага (первичный корковый центр зрения, слуха, обоняния, вкуса). Особого экспертного значения не имеют, в социальной психиатрии встречаются крайне редко. Важны для уточнения диагноза и при формировании ИПР, в частности ее медико-биологического аспекта (патогенетическая терапия, подбор противосудорожных препаратов). Могут встречаться не только как эквиваленты, но и как своеобразная аура перед генерализованным припадком:

— *аффективные нарушения* — остро возникающие состояния выраженной тревоги, страха с двигательным беспокойством (больные бегут, прячутся и т. п.); значительно реже состояния острой эйфории, ощущения особой радости, блаженства, счастья (т. н. «эпилепсия Достоевского»);

— *сложные психические эквиваленты* — внезапно возникающие аментивно-делириозные расстройства, со страхом и двигательным беспокойством. Слуховые и зрительные обманы восприятия разнообразны, со сновидным оттенком (картины войны, пожара, катастрофы, наводнения и т. п.), однако в отличие от онейроидных переживаний больные активно действуют в соответствии с эмоциональными и галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Наиболее часто встречаются при т. н. «травматической эпилепсии». Длительность — от 20—40 мин. до нескольких часов. Имеется частичная амнезия. Заканчиваются литическим сном.

Самостоятельного клинико-экспертного значения не имеют, т. к. встречаются редко и достаточно быстро купируются. Однако наличие таких состояний в анамнезе необходимо учитывать при оценке реабилитационного прогноза и в рамках социального аспекта реабилитации.

Парциальные припадки (фокальные, локальные). Сами термины указывают на две особенности — локальность приступа и отсутствие нарушений сознания. Определенную значимость в социальной психиатрии имеют т. н. моторные припадки:

— моторные без марша («марш» — распространение судорожных подергиваний на половину тела) — локальные судорожные подергивания (клонические, тонические, тонико-клонические) — например, угла рта, корня носа, пальцев рук, ног, части конечностей (голени, кисти);

— моторные с маршем («джексоновские») — после фокального начала распространяются на соответствующую половину тела по гемитипу. Возможен переход во вторично генерализованный припадок (3 этап синдромокинеза);

— сомато-сенсорные — парастезии, онемения, сенестопатии (остро возникающие) на половине лица, в руке, ноге. Возможно распространение по гемитипу. Также могут переходить во вторично генерализованные. В этих случаях их следует оценивать как специфическую ауру.

Другие парциальные припадки существенного значения в социальной психиатрии не имеют, в МСЭ при психических болезнях встречаются крайне редко и не фигурируют в качестве основных синдромов, ограничивающих жизнедеятельность больных эпилепсией.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Эпилепсия является прогредиентнотекущим заболеванием, которое дезадаптирует больных по трем составляющим: судорожные припадки и их эквиваленты, расстройства личности и психоорганическая симптоматика.

Следовательно, в социальной психиатрии, МСЭ и реабилитологии при оценке степени ограничения жизнедеятельности и формирования ИПР необходим комплексный, интегративный подход с качественной и количественной оценкой не только частоты и типологии пароксизмов, но и психопатоподобных расстройств и интеллектуально-мнестического снижения.

Клинико-экспертная значимость эпилептических припадков и их эквивалентов анализировалась выше. Однако при оценке степени

ограничения жизнедеятельности больных эпилепсией, при формировании и реализации ИПР, развернутого клинико-экспертно-реабилитационного диагноза, необходимо учитывать степень их социальной недостаточности вследствие «стойких» проявлений заболевания, а также тип и темп ее течения.

К «стойким», постоянно дезадаптирующим больных проявлениям эпилептической болезни, относят постепенное нарастание изменений психических процессов по органическому типу (ПОС) и более или менее характерные расстройства личности (*психопатоподобная симптоматика*).

Следует особо отметить, что если на ***начальной стадии течения*** заболевания социальная дезадаптация больных обусловлена ***пароксизмальными феноменами***, то на ***стадии «расцвета»*** симптоматики и на этапе «конечных состояний» все большую экспертно-реабилитационную значимость приобретают именно *«стойкие» проявления* болезни.

ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПО ОРГАНИЧЕСКОМУ ТИПУ (органический психический синдром)

Как известно, психоорганический синдром (ПОС) характеризуется снижением состояния психических процессов, т. е. памяти, внимания, интенции мышления в сочетании с эмоционально-волевыми расстройствами, что приводит к социальной недостаточности, ОЖД и других адаптивных возможностей индивида.

В социальной психиатрии и МСЭ принято оценивать не только стойкость и степень выраженности ПОС, но и его клинические варианты, поскольку они также влияют на адаптивные возможности больного.

Для уточнения типологии и значимости ПОС следует интегративно использовать психобиографический метод, метод наблюдения и ЭПО (экспериментально-психологическое обследование).

Стойкость, степень выраженности и клинический вариант оцениваются врачами-экспертами совместно с психологом — экспертом бюро МСЭ.

Основные варианты ПОС:

— *амнестический* — основным дезадаптирующим феноменом, несмотря на наличие других составляющих ПОС, являются расстройства памяти, как долговременной, так и фиксационной;

— *эксплозивно-дистимический* — расстройства памяти, внимания, мышления «прикрыты», «зашторены» вспыльчивостью, гневливостью, раздражительностью или дисфорично-злобно-тоскливым застойным аффектом;

— *«концентрический»* ПОС (термин сложился исторически) — при относительной сохранности памяти на все, что относится к *личным интересам больного*, отчетливо прослеживаются ее нарушения в отношении общественно значимых дат, имен, событий и т. п.;

— *идеаторный* — основной дезадаптирующий феномен — не столько расстройства памяти и внимания, сколько нарушение мышления (способности к анализу, синтезу, вычленению главного и т. д.);

— *эйфорический* — ведущим в формировании социальной недостаточности, несмотря на имеющиеся нарушения когнитивных процессов, является своеобразный фон настроения — благодушие, слезливость, бестолковость, ситуативно-неадекватно повышенный фон настроения, расстройства влечения (булимия, сексуальная расторможенность и т. п.);

— *апатический* — нарушения памяти, внимания, интенции мышления обычно в легкой или умеренной степени. Однако снижение энергетического потенциала, отсутствие интереса к деятельности (к социальным контактам, работе, учебе, даже к самообслуживанию) нередко серьезно дезадаптирует больных;

— *брадифренический* — в рамках ПОС стоит несколько особняком. Ведущим в формировании социальной недостаточности

является не столько нарушение когнитивных процессов, сколько *низкий темп* познавательной деятельности (за единицу времени резко уменьшается ее объем).

Таковы основные варианты ПОС при эпилепсии. Одни из них более характерны для идиопатической или «спровоцированной» эпилепсии, другие — для т. н. «травматической», «сосудистой», «алкогольной» и т. п.

При эпилепсии ПОС является не только стабильным состоянием, но и имеет тенденцию к нарастанию в зависимости от типа и темпа течения заболевания, частоты и особенностей судорожных припадков, их эквивалентов и ряда других факторов.

Обычно при эпилепсии ПОС увеличивает нарушения способности к обучению, трудовой деятельности, ориентации и самообслуживанию, а иногда, с учетом его вариантов, к социальным контактам.

Оценка степени выраженности и клинического варианта ПОС также крайне важна при МСЭ детей, страдающих эпилепсией.

Легкая степень ПОС не является достаточным основанием для определения III группы инвалидности, но такое экспертное решение может быть принято при его сочетании с пароксизмами (даже редкими).

При умеренной (средней) степени ПОС обычно возникает необходимость в определении III группы инвалидности по тем же типовым жизненным ситуациям. Более того, в сочетании с пароксизмами средняя степень ПОС позволяет решать вопрос об определении II группы.

Выраженный ПОС при эпилепсии в рамках медико-биологической составляющей считается достаточным основанием для определения II группы инвалидности (ОЖД II степени).

В динамике выраженный ПОС может достигать *степени деменции* (необходимость постоянного постороннего надзора и ухода), когда возникает ОЖД III степени.

Таким образом, при определении группы инвалидности больным эпилепсией необходимо учитывать не только частоту и типологию пароксизмальных состояний, но и особенности (варианты) и степень выраженности ПОС.

Однако клиническая симптоматика эпилепсии не исчерпывается этими двумя регистрами. Третьим «слоем» симптоматики, ведущим к социальной недостаточности больных, являются расстройства личности.

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА)

В социальной психиатрии, военной, судебной и МСЭ, наряду с оценкой частоты и особенностей эпилептических припадков, состоянием психических процессов клинико-экспертно-реабилитационному анализу подвергается и третий регистр симптоматики — постепенно формирующиеся расстройства личности.

На начальной стадии заболевания расстройства личности неглубоки и не приводят к значительной социальной недостаточности. Однако в дальнейшем, с постепенным развертыванием симптоматики (учащение припадков, их полиморфизм, сочетание с психическими эквивалентами, углубление ПОС) они становятся все более значимым дезадаптирующим феноменом, серьезно ограничивающим жизнедеятельность больных.

Уже через 5—6 лет после начала заболевания они начинают отчетливо клинически прослеживаться (у детей и подростков раньше).

Постепенно расстройства личности при эпилепсии становятся стойкими и могут быть верифицированы как психопатоподобные (психопатоподобный синдром).

Под **психопатоподобным синдромом** понимается стойкая, резко выраженная аномалия личности, преимущественно в сфере темперамента и характера, сформировавшаяся в процессе течения эпилептической болезни и ведущая к значительной социально-психологической дезадаптации индивида.

В патогенезе формирования психопатоподобной симптоматики основное значение имеет *реакция личности* (личностно-реактивный механизм) на церебрально-органическую недостаточность и изменение

ролевых функций в различных социальных группах (учебной, рабочей, семейной, группе по интересам и т. п.).

Основным дезадаптирующим феноменом является стойкий конфликт различной степени выраженности в системе социально-психологических отношений «Я—он» и «Я—группа».

Следует также подчеркнуть, что сложившийся в 60—70-е г.г. XX века термин «изменения личности» в настоящее время в социальной психиатрии и во всех видах врачебно-психиатрической экспертизы представляется совершенно устаревшим и не отражает современных клинико-экспертно-реабилитационных тенденций и представлений.

Как известно, основой современного клинико-экспертно-реабилитационного диагноза является оценка степени и стойкости функциональных нарушений, ограничивающих жизнедеятельность инвалида, через их трансформацию в клинический синдром или синдромы с последующим анализом реабилитационного потенциала личности, организма и малого социума.

Термин «изменения личности» отражает не клинический (патопсихологический) регистр, а носит *чисто психологическую направленность.*

Правомерный и крайне значимый для понимания причин социальной дезадаптации больных органическим поражением мозга и эпилепсией в начале XX века, в настоящее время он должен рассматриваться через призму психопатоподобного синдрома.

Причем обязательно с указанием не только степени выраженности (психопатоподобная симптоматика), но и конкретного клинико-патопсихологического варианта.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

В социальной психиатрии и МСЭ при психических болезнях принято выделять несколько вариантов психопатоподобного синдрома при эпилепсии:

1. Эпилептоидный вариант (т. н. изменения личности по эпилептическому типу) встречается наиболее часто. Характеризуется своеобразным застойным аффектом, преимущественно с дисфорическим компонентом (злобность, жестокость, склонность к агрессии). В системе отношений (характер) превалируют такие черты, как педантичность, аккуратность до карикатурности, чрезмерная точность, мелочность, скрупулезность, стремление действовать, работать «правильно», не отступая от жесткого жизненного стереотипа.

2. Эйфорический вариант встречается значительно реже, однако также характерен для эпилептической болезни. Основной фон настроения несколько повышен, больные благодушны, доброжелательны, уступчивы и т. п. Система отношений характеризуется особой, порой излишней доверчивостью, альтруизмом, подчеркнутой вежливостью, внимательностью, слащавостью. В деятельности (трудовой, образовательной, в социальных контактах) необязательны, легковесны, недостаточно критичны, нетребовательны, порой недобросовестны.

3. Эксплозивный вариант — чаще всего встречается при т. н. «травматической эпилепсии». В эмоциональной сфере — склонность к брутальным аффективным вспышкам с тенденцией к агрессивным или аутоагрессивным двигательным разрядам, дисфоричность, резкие колебания настроения. Поведенческие расстройства (характерологические особенности) обусловлены конфликтами типа «Я—группа» и «Я—он». Социальная дезадаптация может быть стойкой в учебной и рабочей группе, в семье, при передвижении.

4. Истеро-ипохондрический вариант — основной причиной социальной недостаточности является демонстративность поведения, эгоизм, эгоцентризм, нежелание подчинить свои интересы интересам группы; эти черты сочетаются с фиксацией на состоянии здоровья, сверхценном к нему отношении со скрупулезным соблюдением распорядка дня, приема пищи, лекарств, отдыха и т. п.

5. Психастенический вариант — более характерен для последствий или остаточных явлений с эписиндромом. Больные не уверены в себе, своих силах, возможностях, склонны не доводить начатое

до конца, ссылаясь на недомогание, усталость, судорожные пароксизмы. Они стремятся ограничить круг обязанностей, не перенапрягаться, не участвовать в активной деятельности и т. п. Энергетический (эмоционально-волевой) потенциал невысок, значителен апатический компонент, сужение круга интересов обыденными ситуациями, здоровьем, повседневными делами; активного стремления к реализации ИПР они не проявляют, реабилитационный потенциал личности низкий.

6. Аутистически-торпидный вариант — нередко встречается уже в детско-подростковом возрасте. Характеризуется крайней медлительностью, неторопливостью в деятельности, низким темпом мышления, что приводит к отставанию от группы при совместных формах деятельности (игровой, обучающей, трудовой). Вследствие этого социальная группа стремится «избавиться» от такого члена. Больные обидчивы, нередко эмоционально лабильны, однако своих переживаний не раскрывают. Нередки реакции «ухода» — одиночество, уход в болезнь, в аутистический мир переживаний и фантазий. При организации ИПР в рамках социально-психологического аспекта реабилитации крайне важна четко ориентированная на эти особенности личности профориентация и поиск социальной «ниши», в которой возможна продуктивная деятельность.

Таковы основные формы (варианты) расстройств личности в рамках психопатоподобных нарушений при эпилепсии.

Понятно, что психопатоподобная симптоматика крайне стойкая и практически не поддается редукции. Поэтому при оценке ограничений жизнедеятельности и вынесении экспертного решения ей также должно быть уделено соответствующее внимание.

Особенности медико-социальной экспертизы при эпилепсии

Выше уже подчеркивалась необходимость комплексного, интегративного подхода к анализу в рамках медико-биологической составляющей, всех факторов, ограничивающих жизнедеятельность больных эпилепсией:

— особенности и частоты припадков и их эквивалентов;
— оценки состояния психических процессов;
— анализа расстройств личности, если таковые имеются.

В социальной психиатрии и МСЭ эпилептические припадки и их эквиваленты принято разделять на тяжелые и легкие. К первым относят большие судорожные припадки (первично и вторично генерализованные), сумеречные расстройства сознания, особые состояния сознания, выраженные стойкие дисфории, амбулаторный автоматизм и эпилептический статус.

Больные с тяжелыми припадками нуждаются в социальной защите в зависимости от их частоты, типологии, сочетания с другой симптоматикой.

1. Частые пароксизмы — 4 и более генерализованных припадка в месяц; 2 и более сумеречных расстройств сознания или особых состояний сознания; 4 и более состояний амбулаторного автоматизма или выраженных дисфорий в месяц; 1 и более эпистатус в месяц.

2. Средней частоты пароксизмы — генерализованные припадки — 2—3 раза в месяц; сумеречные расстройства сознания (особые состояния сознания) — 1 раз в месяц; амбулаторный автоматизм, выраженные дисфории — 2—3 раза в месяц; эпилептический статус — 1 раз в два месяца.

3. Редкой частоты пароксизмы — генерализованные припадки — 1 и реже в месяц; сумеречные расстройства сознания или особые состояния сознания — 1 раз и реже в полтора-два месяца; амбулаторный автоматизм — 1 и реже в месяц; эпистатус — 1 раз в три месяца.

Легкие припадки — абсансы, парциальные, сомнамбулизм особого экспертного значения не имеют и должны в МСЭ оцениваться лишь наряду с другой симптоматикой (ПОС, расстройства личности).

В МСЭ частота припадков и их эквивалентов оценивается на протяжении календарного года и обязательно на фоне противосудорожной и патогенетической терапии. Они должны быть максимально верифицированы (мед. сведения, характеристика с места работы и т. п.).

Оценка состояния психических процессов. Наряду с судорожными припадками и их эквивалентами жизнедеятельность лиц, страдающих эпилепсией, ограничивают стойкие изменения психических процессов по органическому типу (психоорганический синдром).

Варианты ПОС рассмотрены ранее. Однако в МСЭ необходимо учитывать не только клинические варианты, но и степень выраженности ПОС.

Для уточнения степени выраженности синдрома важен системный подход, включающий метод наблюдения (опрос, сбор анамнеза и т. д.), психобиографический метод (психологический анализ жизненного пути и особенностей дезадаптации) и экспериментально-психологическое исследование. Комплексный анализ полученных данных проводится врачами БМСЭ совместно с психологом-экспертом. При этом уточняется вариант и степень выраженности ПОС:

— *легкая степень ПОС* — обычно серьезно не ограничивает жизнедеятельность в типовых социально-психологических ситуациях. Могут быть затруднения в ситуациях «образование» и «работа». Однако они не настолько значительны, чтобы возникла необходимость по этому параметру определения группы инвалидности;

— *умеренная (средняя) степень ПОС* — адаптивные возможности больных уже значительно снижены. Имеются ограничения жизнедеятельности I степени в ситуациях «самообслуживание», «образование», «работа», «передвижение»;

— *при выраженном ПОС,* как правило, возникают ограничения жизнедеятельности II степени, что требует своего отражения в экспертном решении;

— *эпилептическая деменция* — в социальной психиатрии и МСЭ отличается от выраженного ПОС не столько данными ЭПО, сколько появлением нового «качества» — необходимости постоянного постороннего надзора и ухода, что соответствует критериям определения I группы инвалидности.

Следует подчеркнуть, что при решении экспертных вопросов необходимо учитывать не только степень выраженности ПОС, но и его клинические варианты, которые изложены ранее. Прогнос-

тически наименее благоприятны апатический и эйфорический варианты.

Анализ расстройств личности. Клинические варианты психопатоподобного синдрома при эпилептической болезни и их прогностическая значимость проанализированы выше. Однако в МСЭ особое значение имеет степень выраженности симптоматики, которая при психопатоподобных нарушениях очень стойкая:

— *легкая степень* — затруднения в социальных контактах и общении имеются, возникает определенная социальная недостаточность, однако больных она практически не дезадаптирует;

— при *средней (умеренной) степени* выраженности уже возникает необходимость в социальной защите больных; расстройство социальных контактов и общения опосредованно приводит к ограничению жизнедеятельности I степени в ситуациях «работа» и «обучение», а у детей — «игровая деятельность»;

— *выраженная степень* — как правило, ведет к ограничению жизнедеятельности II степени, поскольку больные в социальных группах не удерживаются (нарушена социально-психологическая система «Я—группа», «Я—Он») . Конкретно это выражается в стойкой дезадаптации в ситуациях «работа», «образование», «общение»;

— психопатоподобный синдром не является основанием для определения I группы инвалидности.

Как и при ПОС, степень выраженности симптоматики определяется БМСЭ совместно с психологом-экспертом на основании психобиографического метода исследования личности, клинических наблюдений и данных ЭПО (т. н. шкала психопатизации).

Таким образом, подводя итоги особенностям оценки ограничения жизнедеятельности больных эпилепсией, следует еще раз подчеркнуть, что рассмотренные выше *три регистра симптоматики* должны найти свое отражение в развернутом клинико-экспертном диагнозе и, соответственно, при обосновании экспертного решения.

Однако, поскольку МСЭ носит прогностически ориентированный характер, необходимо остановится еще на одной составляющей диагноза и экспертного решения — типах течения эпилепсии.

В социальной психиатрии и МСЭ выделяют следующие *типы течения*.

1. Медленно-прогредиентный (доброкачественный) — начало заболевания позднее (после 20—25 лет), припадки редкие, стереотипные; психических эквивалентов и усложнения пароксизмов не отмечается. Расстройства личности и ПОС нарастают медленно, выражены в легкой степени, иногда в умеренной. Больные социально адаптированы во всех типовых жизненных ситуациях, могут повышать образовательный уровень и квалификацию. В социальной защите обычно не нуждаются.

2. Ремиттирующий — начало заболевания чаще в более молодом возрасте (16—19 лет). Длительные и стойкие ремиссии (до нескольких лет) сменяются периодами прогредиентного течения без значительного полиморфизма симптоматики. Ухудшают прогноз дисфории, формирование психопатоподобной симптоматики. ПОС формируется медленно. Терапия достаточно эффективна. Большинство больных социально адаптированы. Не исключена возможность определения III группы инвалидности. Крайне важны все аспекты реабилитации (медико-биологический, социальный, психологический).

3. Подостро-прогредиентный — начало заболевания в детском возрасте или пубертатном периоде. Припадки полиморфны, нередко имеется склонность к серийности, часты психические эквиваленты (сумеречное расстройство сознания, амбулаторный автоматизм). Рано формируется психопатоподобная симптоматика и ПОС. Ремиссии неглубокие и нестойкие, противосудорожная терапия недостаточно эффективна. Ограничения жизнедеятельности нередко достигают II степени (образование, работа, социальные контакты).

4. Злокачественный — начало в детском или пубертатном возрасте; припадки полиморфны, частые, тяжелые, нередко склонность к серийности и эпистатусу; психические эквиваленты часты и полиморфны. Быстро формируется и прогрессирует ПОС, вплоть до эпилептического слабоумия. Рано проявляются выраженные расстройства личности (психопатоподобная симптоматика). Лечение

малоэффективно. Ремиссии либо кратковременны, либо отсутствуют. Формируются ограничения жизнедеятельности не только II, но и III степени.

Таким образом, учитывая прогностическую направленность МСЭ, наряду с анализом пароксизмальных состояний, расстройств личности, изменений психических процессов по органическому типу, крайне целесообразно при вынесении экспертного решения учитывать и тип течения эпилептической болезни.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

При организации и реализации ИПР больных эпилепсией крайне существенной представляется детальная проработка каждого ее аспекта:

— медико-биологического;

— социального;

— психологического.

1. Медико-биологический аспект реабилитации:

— эффективность достаточно высока (полное купирование приступов или значительное их урежение до 70—75 % случаев);

— предпочтительна монотерапия (одним антиэпилептическим препаратом);

— длительность — даже после полного прекращения припадков прием АЭП должен быть не менее года с постепенным снижением доз;

— противосудорожная терапия должна быть непрерывной, при необходимости смена препарата (один постепенно заменяется другим);

— крайне важен индивидуальный подбор препарата и максимальной дозы, которая, однако, не должна социально дезадаптировать больных;

— подбор препарата целесообразно начинать с учетом особенностей и типа припадка, однако, если терапия не эффективна, возможно использование метода «перебора» АЭП или комбинаций;

— наряду с противосудорожной терапией крайне важно проведение курсов патогенетической терапии не менее четырех на протяжении года (два месяца курс, два месяца — перерыв), включающих высокие дозы биостимуляторов и витаминов группы В (ФИБС, алоэ, стекловидное тело, лидаза, церебролизин), в сочетании с випраксином и современными ангиопротекторами и ноотропами. Конкретные схемы нами отработаны и успешно применяются на протяжении многих лет.

2. Социальный аспект реабилитации — на ранних стадиях заболевания при благоприятном типе течения основной реабилитационной целью является профессиональная и социально-трудовая реабилитация, которая может быть достаточно успешной с учетом особенностей мотивационной сферы больных эпилепсией.

На поздних стадиях заболевания основной становится частичная реабилитация, особенно если расстройства личности и ПОС достаточно выражены. На этом этапе основными являются социально-бытовая, социально-средовая, семейная, социально-трудовая реабилитация.

При дальнейшем прогредиентном течении заболевания, нарастании расстройств личности и ПОС основной реабилитационной целью становится социально-бытовая адаптация больных.

3. Психологический аспект реабилитации — на ранних стадиях заболевания из-за особенностей личности больных эпилепсией основным является установление оптимального психологического контакта, что крайне значимо для реализации ИПР. Второй важной задачей является своевременная профориентация (профессиональная периориентация) с учетом направленности личности, состояния психических процессов и системы социально-психологических отношений. Порой весьма существенным представляется коррекция внутренней модели болезни (представление о возможностях терапии, прогнозе, реабилитационном потенциале и т. д.).

На более поздних стадиях течения заболевания психологический аспект реабилитации становится все менее значимым из-за нарастающей психопатоподобной симптоматики и ПОС.

Таким образом, при организации ИПР при эпилепсии следует особо подчеркнуть, что основным действующим субъектом реализации ИПР является сам больной. Следовательно, самому тщательному анализу необходимо подвергать не только типологию припадков и их эквивалентов, но и изменение психических процессов и расстройства личности, т. е. первостепенной становится оценка реабилитационного потенциала организма и личности.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ

Агравация — усиление степени выраженности синдрома(-ов) с рентной целью.

Анализ личности больного (инвалида) — может быть использован как дополнительный *метод отграничения* органической патологии от невротической симптоматики и установочного поведения.

Анализ личности свидетельствуемого — основа формирования оптимального психологического контакта.

Апато-абулический синдром (ААС) — стойкое, различной степени выраженности «снижение энергетического потенциала» (по Конраду), эндогенного или органического (реже) генеза, приводящее к ограничению жизнедеятельности человека. Выделяют легкую, умеренную (среднюю) и выраженную степени апато-абулической симптоматики. В социальной психиатрии ААС весьма значим для оценки реабилитационного потенциала, степени ограничения жизнедеятельности (группа инвалидности), возможности реализации индивидуальной программы реабилитации.

Астенический синдром — состояние повышенной истощаемости психических процессов (памяти, интенции мышления, внимания, эмоций) вследствие патологии мозга или внутренних органов и систем. Следует дифференцировать с неврастеническим синдромом.

Атипичные депрессии — сборная группа аффективных расстройств, при которых депрессивная триада (снижение настроения, замедление течения мыслей, двигательная заторможенность) выражена неотчетливо и прикрыта («зашторена»)= иной симптоматикой.

Выделение атипичных депрессий (гомономных и гетерономных) важно для диагностики, уточнения объема терапии, комплекса реабилитационных мероприятий и прогностической оценки. Классификация атипичных депрессий обусловлена их особым «фасадом», маской, например — «дисфорическая» депрессия — т. е. депрессия прикрыта дисфорией; «ироническая» депрессия — улыбающаяся и т. д.

Болезнь — расстройство био-социо-психологического гомеостаза человека вследствие патологического процесса, приводящее к ограничению жизнедеятельности.

Ведение индивидуального реабилитационного паспорта пациента — отметки о проведении мероприятий, необходимые корректировки, оценка успешности процесса.

Виды врачебной экспертизы — военно-врачебная экспертиза (призывники и военнослужащие), судебная врачебная экспертиза, врачебно-страховая экспертиза, медико-социальная экспертиза (МСЭ).

Внутренняя модель болезни (ВМБ) — это представления больного о сущности своего заболевания, возможностях терапии, его реабилитационном потенциале, прогнозе, особенностях течения и т. п. (см. составляющие ВМБ в схеме «формирование индивидуальной программы реабилитации»).

Врачебная экспертиза — решает социальные проблемы, возникающие между свидетельствуемым и соответствующим ведомством.

Депрессии гетерономные — «зашторенные» галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Депрессии гомономные — аффективные расстройства, по своей структуре близкие к психологически обусловленным колебаниям настроения.

Депрессия «маскированная» — «зашторена» употреблением наркотиков или алкоголя.

Депрессия Вейбрахта — эндогенная депрессия, спровоцированная психогенией.

Депрессия соматизированная — прикрытая соматическими жалобами.

Деятельность — наиболее объективный показатель индивидуальных особенностей личности.

Клиническая симптоматика — стойкая совокупность субъективных и объективных признаков болезни (синдромов).

Личность — интегративная структура, проявляет свои особенности **через деятельность**.

Медико-биологическая составляющая ИПР формируется через развернутый функциональный клинический диагноз.

Медико-биологические мероприятия — подбор терапии, организация лечения, динамика лечения, профилактические меры.

Метасимуляция — предъявление синдромов, ограничивающих жизнедеятельность, имевших место ранее (заболевание или обострение).

Методы анализа личности (основные) — вербальный контакт, анализ двигательных и мимических реакций, экспериментально-психологические методы исследования личности и состояния психических процессов, психобиографический метод.

Неврозоподобный синдром — состояние, объединенное единым патогенезом, — защитная, фиксированная патопсихологическая реакция личности на ощущение собственной органической или психической неполноценности. Основные варианты: неврастено-ипохондрический, фобо-ипохондрический, обсессивно-ипохондрический, истеро-ипохондрический.

Недостаточность медико-биологическая — биологические последствия патологического состояния (дефекта), приводящие к ограничению жизнедеятельности.

Недостаточность психологическая — аутопсихологические последствия патологического состояния (дефекта), приводящие к ограничению жизнедеятельности человека.

Недостаточность социальная — социальные последствия патологического состояния (нарушения здоровья), приводящие к ограничению жизнедеятельности.

Нозологическая единица — формулировка заболевания по МКБ или общепринятой в России классификации.

Ограничение жизнедеятельности — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, приводящее к био-социо-психологической дезадаптации (ограничение способности к

самообслуживанию, передвижению, общению, обучению, труду и т. д.).

Ограничение жизнедеятельности (полное или частичное) — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья или дефекта. Проявляется через утрату (полную или частичную) способности осуществлять самообслуживание, передвижение, общение, ориентацию, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Организующий фактор в реализации ИПР — оптимальный психологический контакт в системе «врач—больной».

Осложняющая составляющая — наличие иного текущего заболевания, участвующего в формировании клинической симптоматики.

Основная задача социального врача в формировании индивидуальной программы реабилитации (ФИПР) — расширение сфер жизнедеятельности больного (инвалида).

Основные характеристики реабилитационной цели: конкретность и реализуемость.

Пароксизмы — помимо развернутых судорожных припадков, припадков по типу джексоновских, малых припадков, абсансов и т. д., включают синкопальные состояния и группу вегето-сосудистых пароксизмов (без грубого нарушения сознания).

Патологическое состояние — совокупность клинических и социально-психологических факторов, дезадаптирующих человека.

Патологическое состояние (дефект) — нарушение здоровья, проявляющееся в виде клинической симптоматики (синдромов). Стойкость и выраженность клинической симптоматики (синдромов) определяет степень ограничения жизнедеятельности (полную или частичную) и необходимость социальной защиты или помощи. Особенности клинической симптоматики проявляются через типологию синдромов, синдромокинез, смену синдромов и их сочетание. В формировании клинической симптоматики (синдромов), их течении, смене и т. д. участвует ряд факторов: этиологический, осложняющий, патопластический, провоцирующий.

Патоморфоз — изменение клиники и течения заболеваний (типологии синдрома, синдромокинеза, смены синдромов, сочетания синдромов).

Патопластическая составляющая — имеющееся стойкое изменение (фон, «почва»), на котором «разворачивается» основное заболевание и находящее отражение в особенностях клинической симптоматики.

Поиск симптомов — предъявление обширного круга симптомов (жалоб), не укладывающихся в рамки синдромов.

Провоцирующая составляющая — повод, положивший начало развитию основного заболевания или его декомпенсации.

Психобиографический метод — ключевой вопрос — чем обусловлено то или иное действие, поступок, смена деятельности и т. п. (т. е. почему «Да», почему «Нет»).

Психобиографический метод (обоснованность применения) — единство личности и биографии, относительное постоянство свойств личности в различных жизненных ситуациях, определенные навыки врача в сборе анамнеза; «привычность» ситуации для пациента.

Психобиографический метод исследования личности (ПБМ) — психологический анализ анамнеза, словесного контакта и двигательно-мимических реакций в процессе сбора анамнеза жизни, болезни и клинического обследования больного.

Психологический аспект ИПР формируется через анализ личности и «внутреннюю модель болезни».

Психоорганический синдром (ПОС) — снижение продуктивности психической деятельности вследствие ослабления памяти, расстройств внимания и эмоций, ослабления интенции мышления (т. е. изменения психических процессов). Основное в патогенезе – хроническая недостаточность мозгового кровообращения и депривация, отмирание клеток мозга вследствие ЧМТ, нейроинфекций, сосудистой патологии и пр. Варианты ПОС: амнестический, астенический, эксплозивный, эйфорический, апато-абулический, корсаковский синдром. В социальной психиатрии степень выраженности ПОС является важным синдромальным аспектом оценки ограничения жизнедеятельности человека (МСЭ, судебная и военная экспертиза). Выделяют три степени выраженности – легкая, умеренная (средняя) и выраженная, в зависимости от данных экспериментально-психологического обследования (ЭПО) и социально-психологической дезадаптации.

Психопатоподобный синдром (ППС) — выраженные, стойкие нарушения в сфере темперамента и характера, сформировавшиеся вследствие органического заболевания мозга или эндогенного процесса и приводящие к значительной социально-психологической дезадаптации. Основные варианты ППС: эксплозивный, истерический, ипохондрический паранойяльный (сутяжно-кверулянтский). Важно дифференцировать с психопатией. В отличие от психопатий в патогенезе ППС основным является защитная, многолетняя реакция личности, имеющей дефект (органический или эндогенный) на изменение ролевой функции в социальных группах.

Реабилитации «столбовая дорога» (расширение сфер жизнедеятельности) проходит через личность больного (индивида).

Реабилитационный потенциал — комплекс биологических и социально-психологических характеристик человека, при помощи которых осуществляется индивидуальная программа реабилитации.

Реабилитационный потенциал — медико-биологические и социально-психологические возможности индивида компенсировать ограничение жизнедеятельности, сформировавшееся вследствие патологического процесса или дефекта. На основании оценки реабилитационного потенциала человека и реабилитационного прогноза (медико-биологического, социального, психологического) составляется и реализуется индивидуальная программа реабилитации.

Реабилитационный потенциал (РП) — биологические и социально-психологические возможности человека компенсировать ограничение сфер жизнедеятельности, сформировавшееся вследствие болезни или дефекта.

Реабилитационный потенциал индивида — определяется как возможности человека в реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Реабилитационный потенциал индивида складывается из реабилитационных возможностей организма, личности и общества.

Реабилитационный прогноз — вероятность реализации индивидуальной программы реабилитации.

Реабилитация — расширение сфер жизнедеятельности человека (инвалид, больной, «престарелый») при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий.

Реабилитация может быть «полной» и частичной.

Рентное поведение — осознанное, целенаправленное стремление свидетельствуемого получить не полагающиеся ему по состоянию здоровья материальные, социальные или психологические льготы (преимущества).

Симуляция — предъявление симптомов заболевания, которым свидетельствуемый не страдал и не страдает.

Синдром — динамическая совокупность типичных симптомов, объединенных единым патогенезом.

Синдром (совместно движусь) — симптомокомплекс в динамике, объединенный единым патогенезом. Синдром не патогномоничен, он эквифинален — то есть не отражает нозологию. Нозологическая принадлежность синдрома обнаруживается через его *типологию* (внутренние особенности синдрома), *синдромокинез* (особенности развертывания симптоматики), через типичную *смену синдромов и их сочетание* в клинической картине заболевания.

Синдром деменции (сосудистой, травматической, интоксикационной и т. д.) — наиболее выраженная степень расстройства психических процессов: грубое снижение памяти, внимания, эмоций и интенции мышления в сочетании с отсутствием критики к состоянию и невозможности самообслуживания (ограничение жизнедеятельности III степени).

Синдром непсихотический — синдром «состояния».

Синдром психотический (психопатологический регистр) — требует уточнения нескольких позиций: *паранояльный синдром* — систематизированный интерпретативный бред различного содержания без галлюциноза; *бредовые идеи* — ошибочные суждения и умозаключения, ярко аффективно окрашенные, не поддающиеся коррекции, имеющие специфический механизм развития, особую систему доказательств и изменяющие стереотип деятельности человека; *галлюциноз* (острый, затяжной) — преимущественно вербальный галлюциноз (истинный или псевдо) без значительной бредовой интерпретации феномена; *галлюцинаторно-параноидные синдромы* — сборная группа, объединенная наличием бредовых идей и расстройств восприятия. Требуют уточнения понятия «острый параноид» — по существу острый чувственный бред

(ОЧБ); собственно параноидный синдром – отрывочные малосистематизированные бредовые идеи, преимущественно отношения и преследования, в сочетании с отрывочным вербальным галлюцинозом.

Синдромокинез — динамика формирования, развертывания и редукции синдрома.

Синдромы «ясного» сознания — непсихотический и психотический уровни.

Синдромы нарушенного сознания — для врачебно-психиатрической экспертизы важны *сумеречное расстройство сознания* (выделяют два варианта: галлюцинаторный и бредовой); *амбулаторный автоматизм* — вариант сумеречного сознания; *сомнамбулизм* — амбулаторный автоматизм во сне.

Ситуация «болезнь» (дефект, старение). Следует проводить анализ «внутренней модели болезни», выделять социальную составляющую — в какой социальной ситуации развивается болезнь (дефект) («работа», «семья», «социальная группа», «командировка», «степень социальной защищенности» и т. п.), оценивать личностную составляющую и ее роль в формировании «внутренней модели болезни» структур личности (темперамент, интеллект, характер, мотивация).

Ситуация «образование» — получил, не получил (среднее, специальное, высшее) – включает личностную составляющую и социальную составляющую (время, место, семья и т. д.).

Ситуация «работа» — делится на две составляющие: смена работы — почему «Да», почему «Нет»; продвижение по службе — почему «Да», почему «Нет». Ведущими в ситуации «работа» являются особенности личности: *интеллект* (высокий, низкий); особенности *мотиваций* (цели, идеалы, установки, самооценка, уровень притязаний); *характер* (система отношений к деятельности, в т. ч. трудовой, к членам социальных групп, к материальному миру, к самому себе (самооценка, уровень притязаний).

Ситуация «семья» — сохранность семьи, особенности личности партнеров, особенности сексуальной деятельности (смена партнера, стабильность связей, частая смена партнеров), социальная ситуация, сексуальная ориентация, совместное ведение хозяйства.

Ситуация «хобби» — эмоционально значимая форма деятельности, не связанная с ситуациями «образование», «семья», «работа», «секс». Включает коллекционирование, общественную деятельность, искусство (социальная ориентированность); делинквентное поведение, алкоголизм, наркоманию, азартные игры (асоциальная ориентированность). Особое значение имеют интеллект (умение ставить и решать жизненные задачи), характер, мотивация (цели, установки, идеалы, направленность).

Смена синдромов — типичная последовательность трансформации синдромов, определяющая единый стереотип развития заболевания.

Сопутствующая составляющая — иной текущий патологический процесс, не участвующий в формировании клинической картины основного заболевания.

Составление индивидуального реабилитационного паспорта пациента — определение видов и объема необходимых медицинских, социальных и психологических воздействий.

Социальная недостаточность — ограничение жизнедеятельности в социально значимых ситуациях (образование, работа, семья, увлечения и пр.).

Социальная составляющая ИПР организуется через оценку достаточности возможностей больного в социально значимых ситуациях (обучение, труд, самообслуживание, общение и т. д.).

Социально-психологические мероприятия: оценка реабилитационного потенциала личности, коррекция внутренней модели болезни, профориентация, социально-организационные мероприятия (трудоустройство, транспорт, группа инвалидности и т. д.).

Сочетание синдромов — взаимосвязь, взаимодействие и взаимозависимость синдромов.

Столбовая дорога реабилитации — проходит через личность.

Структурный анализ личности — в реабилитационной работе и медико-социальной экспертизе возникает необходимость изучения *темперамента, характера, интеллекта, мотивации*, а также *оценки личности через деятельность* в конкретных, типовых жизненных ситуациях («Работа», «Семья», «Секс», «Хобби», «Образование», «Болезнь (дефект)» и др.).

Суперсимуляция — предъявление действительно больным человеком симптомов иного заболевания, которого нет.

Темп течения — скорость развития заболевания: медленно-прогредиентный (вялотекущий), средне-прогредиентный, быстро-прогредиентный (злокачественный).

Тип течения — характер движения симптоматики: регредиентный, стационарный, прогредиентный (непрерывно-прогредиентный, приступообразно-прогредиентный, постремиссионно-прогредиентный), периодический.

Типология синдрома — характер сочетания и взаимодействия симптомов внутри синдрома.

Установочное поведение — осознанное, целенаправленное стремление свидетельствуемого представить симптомы не существующего заболевания (симуляция, метасимуляция, суперсимуляция), утяжелить симптомы имеющегося заболевания (аггравация), скрыть существующую симптоматику (диссимуляция) или предъявить симптомы, утяжеляющие общее состояние организма («поиск симптомов»).

Цели и задачи исследования личности в медико-социальной экспертизе и реабилитации (основные) — адекватное экспертное решение, выбор путей и оценка возможностей реализации индивидуальной программы реабилитации, выбор оптимальных возможностей профессиональной реабилитации.

Цель психобиографического анализа (основная) — составить представление о реабилитационном потенциале личности и возможностях реализации индивидуальной программы реабилитации с конкретным больным, с конкретной патологией, в конкретной ситуации.

Эволюция «внутренней модели болезни» психологически обусловленная — изменение индивидуальных представлений человека о степени тяжести, течении заболевания, прогнозе и т. п.

Эволюция «внутренней модели болезни» социально обусловленная — изменение представлений социума о заболевании, его течении и прогнозе.

Эволюция биоэнергетического потенциала — изменение состояния и возможностей внутренних органов и систем организма.

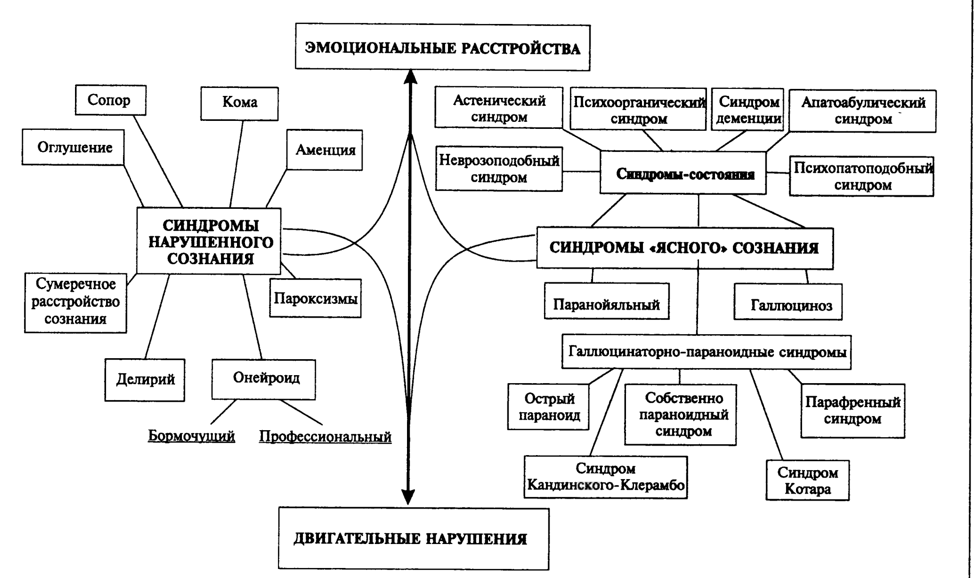
Эволюция патогенного фактора — изменение микрофлоры и иных средовых воздействий.

Эволюция терапии — новые подходы к лечению и применению новых препаратов.

Экспертное решение — интеграция факторов (медико-биологических, социальных, психологических), ограничивающих жизнедеятельность человека, для оценки необходимости и определения степени социальной защиты или помощи (например, группа инвалидности).

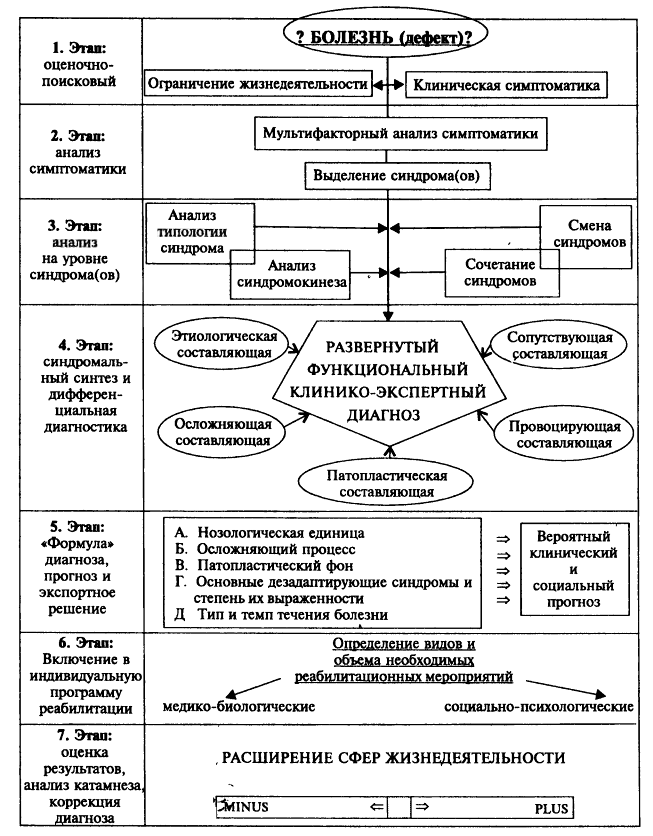
Этап реабилитационной программы — синтез полученной в процессе работы информации, оценка реального потенциала пациента на уровне организма и личности, учет имеющихся возможностей «реабилитационной системы общества» и, как следствие, постановка адекватной реабилитационной задачи.

Этиологическая составляющая — генез заболевания.

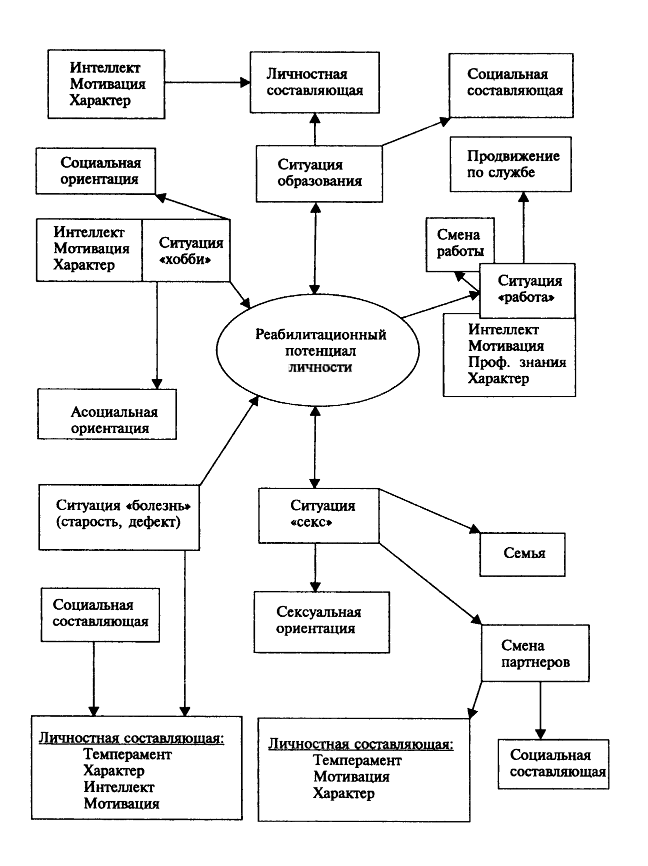

ОСНОВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
Сопор
Кома
Оглушение
Аменция
СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ
Сумеречное расстройство сознания
Пароксизмы
Делирий
Онейроид
Бормочущий
Профессиональный
Астенический синдром
Психоорганический синдром
Синдром деменции
Апатоабулический синдром
Неврозоподобный синдром
Синдромы-состояния
Психопатоподобный синдром
СИНДРОМЫ «ЯСНОГО» СОЗНАНИЯ
Паранойяльный
Галлюциноз
Галлюцинаторно-параноидные синдромы
Острый параноид
Собственно параноидный синдром
Парафренный синдром
Синдром Кандинского-Клерамбо
Синдром Котара
ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

РАЗВЕРНУТЫЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЙ ДИАГНОЗ (ЭТАПЫ, СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ)

(Р. М. Войтенко, В. Н. Синкевич)



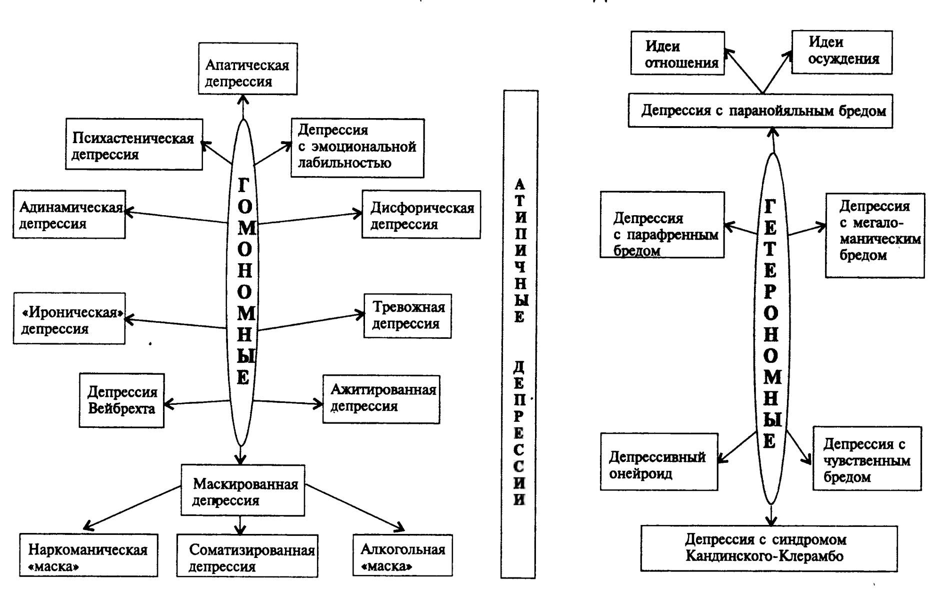
ПСИХОБИОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ



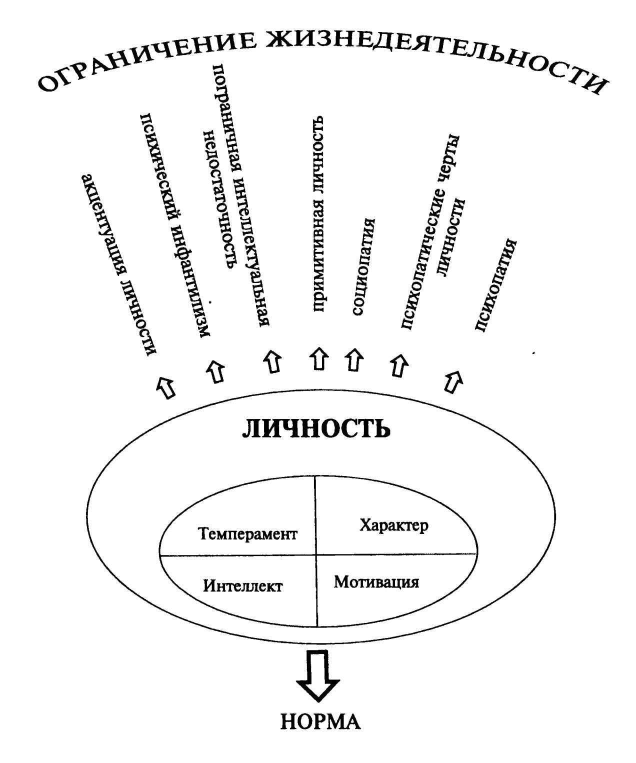
ФОРМИРОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

(Р. М. Войтенко, С. М. Милютин, В. Н. Синкевич)




КЛАССИФИКАЦИЯ АТИПИЧНЫХ ДЕПРЕССИЙ
ГОМОНОМНЫЕ
Апатическая депрессия
Психастеническая депрессия
Депрессия с эмоциональной лабильностью
Адинамическая депрессия
Дисфорическая депрессия
«Ироническая» депрессия
Тревожная депрессия
Депрессия Вейбрехта
Ажитированная депрессия
Маскированная депрессия
Наркоманическая «маска»
Соматизированная депрессия
Алкогольная «маска»
АТИПИЧНЫЕ ДЕПРЕССИИ
ГЕТЕРОНОМНЫЕ
Идеи отношения
Идеи осуждения
Депрессия с паранойяльным бредом
Депрессия с парафренным бредом
Депрессия с мегало-маническим бредом
Депрессивный онейроид
Депрессия с чувственным бредом
Депрессия с синдромом Кандинского-Клерамбо

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ДЕВИАЦИИ ЛИЧНОСТИ



ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ

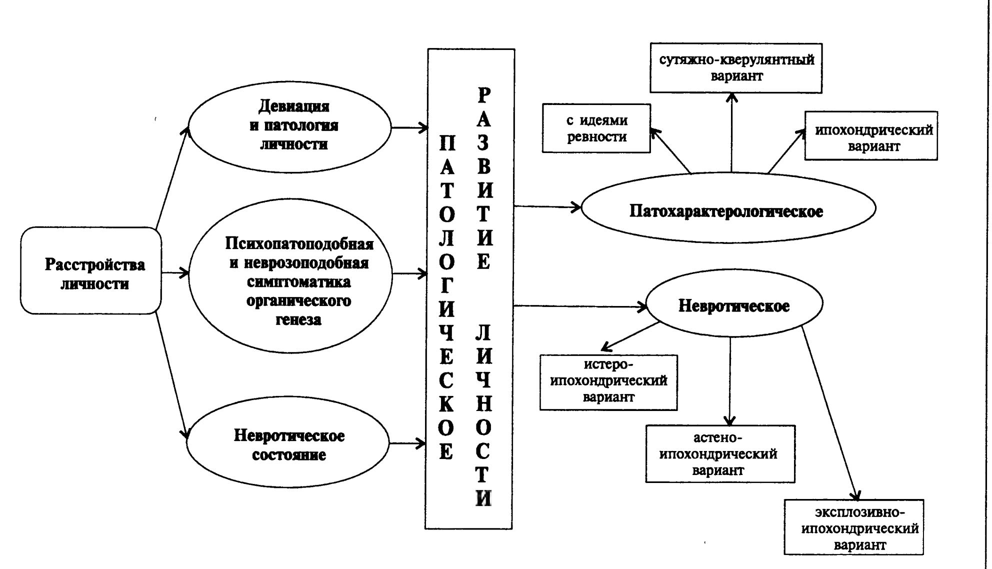
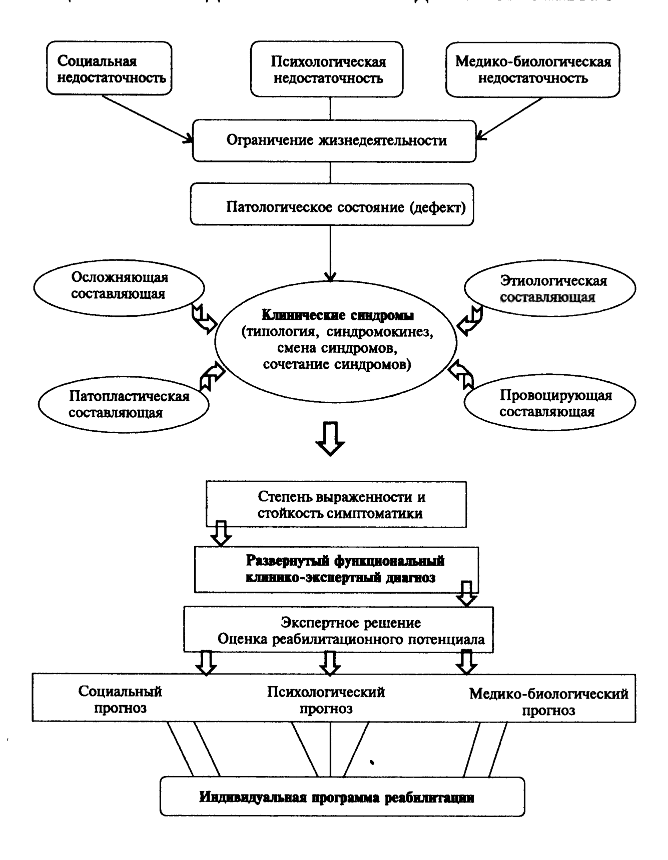
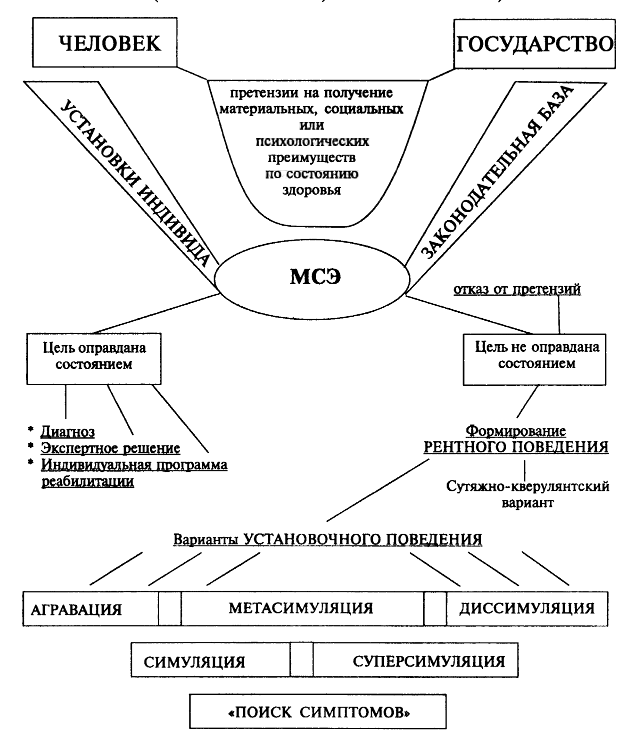


СХЕМА ФОРМИРОВАНИЯ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕМОГО



РЕНТНОЕ И УСТАНОВОЧНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В МСЭ

(Р. М. Войтенко, В. Н. Синкевич)



☒ Возможность экспертной ошибки

- тщательный дифференциальный диагноз с органической и неврологической патологией;
- глубокий анализ личности,
- изучение социальной ситуации подэкспертного

ЭТАПЫ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (ДО 12 ЛЕТ)
(По Р. М. Войтенко, Е. М. Малышевой, К. В. Архипову)

ВОЗРАСТ						
6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	1—2 года	3 года	4—7 лет	8—11 лет
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ						
Поднимает подбородок	Сидит без поддержки	Ходит самостоятельно				
Поднимает грудь	Садится без посторонней помощи					
Тянется за предметом	Ползает на руках и коленях					
Ходит с поддержкой	Ходит, держась одной рукой					
Хватает рукой предметы						
ВОСПРИЯТИЕ						
Слуховое сосредоточение на человеческую речь	Восприятие формы и контуров предметов	Особенности предметов осознаются только при непосредственном манипулировании ими	Представления о высоте	Воспринимает простые и знакомые формы предметов, не дотрагиваясь до них	Способен локализовать в пространстве предметы с помощью слов	Малая дифференцированность восприятия (путает схожие образы)

Продолжение таблицы

ВОЗРАСТ						
6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	1—2 года	3 года	4—7 лет	8—11 лет
Способность концентрироваться на объекте в течение 7—8 минут	Интерес к движущимся объектам и контрастам	Становление восприятия внешнего пространства		Формируется представление о «пространстве в пространстве»	Формируется произвольное внимание	Преобладает непроизвольное внимание, произвольное характеризуется малым объемом и неустойчивостью (способность к концентрации — 10—20 минут)
Активная реакция на окружающее				В речи появляются слова, значение которых тесно связано с приближением и удалением; появляются наречия места, термины «право», «лево»	Возможно определение формы и свойств предметов без мануального контакта в восприятии времени — становление отношения к прошлому	В восприятии времени – представления о будущем
Интерес к цвету				В восприятии времени преобладает категория настоящего		

Продолжение таблицы

ВОЗРАСТ						
6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	1—2 года	3 года	4—7 лет	8—11 лет
ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СФЕРА						
Дифференцированные эмоциональные реакции (удивление, тревожность, радость)	Характерно доброжелательное отношение к окружающим	Беспокойство в незнакомой обстановке	Аффективные реакции яркие, трудноуправляемые	Отсутствует соподчинение мотивов	Появляется уравновешенность, эмоциональное предвосхищение деятельности	Развитие высших эмоций
		Страх расставания с матерью	Аффективные вспышки на социально-психологические затруднения	Нет сопереживания	Расширяется спектр эмоциональных реакций	
		Закрепляются положительные эмоции от успехов			Формируются образные представления с яркой эмоциональной окраской	
СТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ						
Произносит отдельные слоги	Знает свое имя, название частей тела, некоторых предметов	В словаре около 15 слов и 5—6 звукоподражаний	Активный словарь около 50 слов, пассивный — до 300	Говорит сложными предложениями	Окончательно формируется звуковая и грамматическая речь	
	Понимает простейшие инструкции	Появляется фразовая речь (2 слова)	Произносит фразы из 2—3 слов	Слова обретают предметное значение		
	Произносит 8—10 слов			Активный словарь — 1000—1500 слов		

Окончание таблицы

ВОЗРАСТ						
6 месяцев	12 месяцев	18 месяцев	1 — 2 года	3 года	4 — 7 лет	8 — 11 лет
ПАМЯТЬ						
Формируется узнавание	Формируется воспроизведение (находит спрятанную игрушку)		Преобладает непроизвольная и механическая память		Окончательно формируется произвольная долговременная и ассоциативная память	Смысловая память (осваивает мнестические приемы)
МЫШЛЕНИЕ						
Допонятийное	Наглядно-действенное				Конкретно-образное	Формируется абстрактно-логическое мышление
САМОСОЗНАНИЕ						
Малосформированное, в основном, на эмоциональном уровне					Происходит осознание своих переживаний, половая идентификация	Различает свои физические и духовные качества
ОНТОГЕНЕЗ ЛИЧНОСТИ						
Формируется эмоциональный регистр системы отношений — доверие (недоверие), открытость (замкнутость) по отношению к внешнему миру				Закладываются особенности мотивационной сферы	Попытка «изменения мира под себя»	Окончательное становление характера, мотивации, уровня притязаний
					Развивается инициативность, настойчивость, самостоятельность, предприимчивость, а также стыдливость и чувство вины	

Р. М. Войтенко

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ С ОСНОВАМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТОЛОГИИ

Корректор *Н. А. Терюкова*

Лицензия ЛР № 062429 от 01.04.98
ИКФ «ФОЛИАНТ»
198020, Санкт-Петербург, Нарвский пр., 18, оф. 501

Оригинал-макет подготовлен ООО «Фирма КОСТА»

ISBN 5-86581-076-6

9 785865 810766

Подписано в печать 05.03.2002. Формат 60 × 88 1/16
Гарнитура TimesDL. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 16. Тираж 5000 экз. Заказ № 41

Отпечатано с оригинал-макета в ООО «ИПК «БИОНТ»
199026, Санкт-Петербург, Средний пр В.О., д 86,
тел. (812) 322-68-43

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ

с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии

